

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

1372

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

William CELLOU

né le 2 Janvier 1927 à BORDEAUX (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE THERAPEUTIQUE
du DELIRIUM TREMENS

par le MEPROBAMATE INTRAMUSCULAIRE
et par l'association HYDROXYDIONE-MEPROBAMATE.

Président : Mr. L. MICHAUX, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V.

100-10000
100-10000

100-10000

100-10000
100-10000
100-10000
100-10000

100-10000

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

William CELLOU

né le 2 Janvier 1927 à BORDEAUX (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le :



CONTRIBUTION A L'ETUDE THERAPEUTIQUE
du DELIRIUM TREMENS

par le MEPROBAMATE INTRAMUSCULAIRE
et par l'association HYDROXYDIONE-MEPROBAMATE.

Président : Mr. L. MICHAUX, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552023_0022

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNÉ (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)	
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)	
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)	
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)	
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)	
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)	
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (G.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DAVID (M.)	
Cliniques obstétricales	Baudelocque	GARCIN (R.)
	Foch (Suresnes)	LACOMME (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	LELONG (M.)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MARIE (J.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)	
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)	
Clinique toxicologique	LEMAIRE (A.)	
Clinique traumatologique	GAULTIER (M.)	
Sémiologie médicale	PADOVANI (P.)	
Sémiologie et clinique chirurgicales	DOMART (A.)	
Clinique urologique (Necker)	POILLEUX (F.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)	
	TURPIN (R.)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES — AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSET (F.) CHOMETTE (G.) GOUYCOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDANT-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYQUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNIÈRE (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRIGAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICHAGGI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
	BARRES (G.)
	DEJOURS (P.)
Physiologie	DURAND (J.)
	GIRARD m. conf.
	HUGELIN (A.)
	SCHERRER (J.)
	CHANTEUR (J.)
	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf.
	MILHAUD (G.)
	PELLERIN (P.)
	ROUGAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.)
	DUCHE (D.)
	FLAVIGNY (H.)
	LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.)
	CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
	MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.)
	MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)
	AMFLINE (A.), pr. s. ch.
	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibl'othécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Que ce travail soit le témoignage de mon
éternelle reconnaissance

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA FEMME

Qui m'a apporté son aide
Avec mon affection

A MA CAMARADE D'ENFANCE, Mme Josette PUECH

Elle a toujours trouvé le mot qui réconforte dans
l'exercice de mes multiples métiers, qui m'ont permis
de faire mes études à retardement :

Qu'elle trouve ici ma reconnaissance infinie

AUX SIENS

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN Edouard CHEVALIER :

Mon Père Spirituel

A SA VEUVE ET SES ENFANTS

Ils m'ont fait vivre l'ambiance familiale
Ce que j'ignorais.

Affectueuse reconnaissance

A LA MEMOIRE DE MON PARRAIN, A MA MARRAINE

A MES COUSINS

A MES BELLES-SOEURS, BEAUX-FRERES, NIECES ET NEVEUX

A MON CAMARADE ET AMI

Le Docteur Jean-Louis SEGURET
Interne des Hôpitaux de Tours

A MES CAMARADES DE FACULTE ET D'INTERNAT

A MES AMIS

A MONSIEUR PROUZAT, Pharmacien du Centre Psychothérapique
de la Charente

AUX RELIGIEUSES des Services Libre et Fermé. A LA COMMUNAUTE

A MONSIEUR L'AUMONIER

A MONSIEUR M. SETRIN
Infirmier Chef à la Clinique "Esquirol" (Charente)

AUX INFIRMIERES ET INFIRMIERS des Services Libre et Fermé

A TOUT LE PERSONNEL

AUX RELIGIEUSES, INFIRMIERES, INFIRMIERS ET MEMBRES
DU PERSONNEL des divers Services où j'ai effectué
mes stages et les fonctions d'Externe et d'Interne.

Qu'ils trouvent ici le témoignage
de ma sympathie et de mon bon
souvenir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Léon MICHAUX

Professeur de la Chaire de Psychiatrie Infantile
de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux de Paris

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages très respectueux

A NOS JUGES

Hommages très respectueux

A MONSIEUR LE DOCTEUR Jean MATHEY

Médecin Directeur du Centre Psychothérapique
de la Charente

Médecin Chef du Service Libre "Esquirol"

Il a bien voulu nous permettre
l'élaboration de ce travail

Nous sommes heureux de lui exprimer
nos vifs remerciements

A MADAME LE DOCTEUR Y. MATHEY

Médecin Chef au Centre Psychothérapique
de la Charente

Ils ont su me faire aimer les
maladies mentales et me diriger dans
cette voie.

Qu'ils trouvent ici l'expression de
notre profonde gratitude, pour l'enseignement
qu'ils nous ont donné durant nos fonctions
d'Interne.

En hommage à l'oeuvre magnifique qu'ils
continuent d'accomplir en Charente, avec une
invincible ardeur.

A MONSIEUR LE MEDECIN COMMANDEMENT R. COIRAULT

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Ex-Médecin Chef du Service de Neuro-Psychiatrie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction
du Val-de-Grâce

Il a bien voulu nous accueillir
avec beaucoup de sympathie et de simplicité.

Il nous a fait partager la fécondité
de son esprit et de ses connaissances.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BERGOUIGNAN

Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Médecin des Hôpitaux de Bordeaux.

Il nous a fait part de ses précieux
conseils, et nous a témoigné ses
encouragements pour ce travail.

Nous leur exprimons notre profonde gratitude.

A NOS PROFESSEURS

A NOS MAITRES DES DIFFERENTS SERVICES

où nous avons effectué, successivement, les fonctions :

d'Externe

Monsieur le Professeur FRANÇOIS

Médecin du Service de Dermatologie des Hôpitaux de TOURS

d'Interne

Monsieur le Docteur LE ROCHAIS

Médecin Directeur du Sanatorium de Bel-Air La Membrolle.

Monsieur le Docteur DESJARDIN

Médecin Adjoint du Sanatorium de Bel-Air

Monsieur le Docteur Peu DUVALLON

Chirurgien à l'Hôpital de Jonzac (Charente-Maritime)

Monsieur le Docteur WICKER

Médecin Chef au Centre Psychothérapique de la Charente

Qu'ils trouvent ici tous nos
remerciements et notre reconnaissance
pour l'accueil qu'ils nous ont
réservé et l'enseignement qu'ils nous
ont prodigué.

I N T R O D U C T I O N

L'alcoolisme est, en France, l'un des fléaux sociaux les plus angoissants; notre département de la Charente n'en est point épargné.

Il n'y a guère plus de 5 ans, la mortalité par delirium tremens atteignait la moitié de celle causée par la tuberculose.

Plusieurs thérapeutiques se sont succédées, de l'opium à la corticothérapie, en passant par les sédatifs, la strychnothérapie, l'électrochoc et les neuroplégiques.

Depuis Juillet 1961 que nous utilisons le Méprobamate en injection intramusculaire, seul ou associé à l'hydroxydione, dans le traitement du delirium tremens, dans les services libres du Docteur Jean MATHEY, Médecin-Directeur du Centre Psychothérapique de la Charente, nous sommes frappés par deux choses :

- l'évolution brève des prédeliriums et deliriums tremens,
- l'amélioration considérable des statistiques vers une évolution favorable.

Cette thérapeutique a, comme beaucoup d'autres, ses succès et ses limites; il est difficile de faire oeuvre originale sur un sujet où tout semble avoir été dit.

Avec l'aimable et bienveillante autorisation de Monsieur le Docteur Jean MATHEY, nous nous sommes proposés d'apporter notre humble "Contribution à l'étude thérapeutique du délirium tremens par le Méprobamate intramusculaire et par l'association Hydroxydione-Méprobamate".

P L A N

Nous diviserons ce travail en trois chapitres qui comprendront respectivement :

Chapitre I : Rappels de la clinique et des thérapeutiques du delirium tremens.

Chapitre II : Evolution de la thérapeutique du délirium tremens au Centre Psychothérapique de la Charente depuis Juillet 1957

Chapitre III : Etude de 60 observations de malades atteints de prédélirium ou de délirium tremens traités par le Méprobamate et par l'association Hydroxydione-Méprobamate.

*
* *

CHAPITRE I

RAPPELS DE LA CLINIQUE ET DES THERAPEUTIQUES

A - CLINIQUE

I - Historique

En 1813, SUTTON crée le terme de delirium tremens et en donne la première description clinique.

Puis, certains grands noms de la Médecine Française se sont attachés à cette affection et en ont donné de multiples descriptions et classifications. Nous ne citerons que les principaux :

- DUPUYTREN le qualifia de délire des traumatisés.
- MAGNAN, à la fin du siècle dernier, débuta une classification.
- REGIS distingua 3 degrés.
- MARCHAND TOULOUSE et COURTOIS vers 1930 essayèrent d'isoler des lésions anatomo-pathologiques.
- DELMAS-MARSALET le qualifia "d'encéphalose".
- COIRAULT et LABORIT distinguèrent :
 - bouffées confuso-oniriques
 - délire aigu azotémique.

Ils poussèrent les études biologiques.

- BOUDIN et LAURAS décrivirent un syndrome neurologique constant dans le delirium tremens.

II - Etude clinique brève.

Suivant les principes de COIRAULT et LABORIT, nous éliminerons de cette étude les délires aigus azotémiques.

Comme l'ont déjà fait DELMAS-MARSALET et d'autres auteurs, en particulier MICHAUX et BUCY en 1936, nous nous proposons de distinguer dans cette étude du délire alcoolique aigu, deux

formes :

- les accès subaigus
- les accès aigus ou delirium tremens.

Leur étude clinique comporte des caractères communs qui sont :

- le terrain,
- la fréquence des facteurs déclenchants,
- la phase prodromique,
- le délire.

Nous examinerons ensuite les caractères particuliers à chacune de ces affections.

1°) Caractères communs

a) Le terrain

Cette affection frappe des alcooliques chroniques des deux sexes, d'âge moyen situé entre 40 et 50 ans, bien que nous ayons constaté et soigné dans nos services pour délirium vrai un sujet de 21 ans (Observation n° 38 Homme) et un vieillard de 80 ans (Observation n° 42 Homme). Elle peut atteindre n'importe quel sujet sans distinctions sociales ni professionnelles, avec cependant pour dénominateur commun l'abus quotidien et prolongé, pendant plusieurs années, de boissons alcoolisées ou d'alcool.

COIRAULT pense même que les alcooliques qui font un délirium présentent un terrain psychopathique particulier. Ce sont "des anxieux de longue date".

L'éthylisme des malades atteints de délirium serait ainsi de "compensation" pour "neutraliser une anxiété morbide psychopathogène, jusqu'à la brutale apparition d'un état de décompensation qui survient avec d'autant plus de violence que le métabolisme général (et cérébral) est plus atteint".

b) La fréquence des facteurs déclenchants

Tous ces alcooliques chroniques ne sont pas obligatoirement atteints de délirium tremens dans leur vie; on fait intervenir des facteurs déclenchants :

- un épisode pathologique (Affection pulmonaire
(Traumatisme
(Intervention chirurgicale
(etc..
- L'insuffisance corticosurrénale, fréquente chez l'alcoolique; elle s'aggraverait dès les premiers stress de l'onirisme,
- Le surmenage, une émotion
- Un abus encore plus intensif d'alcool
- Un sevrage de boissons alcoolisées; délire "a potu suspenso".

Mais l'accès peut survenir sans causes immédiatement décelables.

c) La phase prodromique comporte l'exacerbation des signes de l'intoxication alcoolique :

- physiques
- neuropsychiques.

Signes physiques

Aspect du malade :

- couperose, aspect enluminé du visage ou parfois même un teint plombé.
- subictère conjonctival avec quelquefois l'injection des conjonctives.

Troubles gastro-intestinaux :

- Anorexie devenue très intense les derniers jours.
- Pituïte matinale et vomissements très fréquents
- Langue saburrale

- Polydypsie.

Altération de l'état général :

- Asthénie
- Impuissance sexuelle

Signes d'atteinte hépatique sévère :

- Hepatalgies
- Atrophie ou hypertrophie hépatique
- Hémorragies
- Circulation collatérale abdominale
- Tests hépatiques perturbés (en particulier : le taux de prothrombine est très abaissé).

Signes neuro-psychiques

- Crampes musculaires et douleurs à la pression des masses musculaires.
- Tremblement digito-lingual.
- Troubles du caractère et du comportement marqués par : irritabilité, jalousie, euphorie, égocentrisme.
- Troubles du sommeil; le sommeil est entrecoupé de cauchemars à thèmes professionnel, zoopsique.

LASSEGUE en 1881 a beaucoup insisté sur la continuité qui existe entre les rêves de l'alcoolique et son délire.

d) Le délire

Apparaît généralement la nuit sous la forme d'accès comportant :

- α) une activité hallucinatoire
- β) l'agitation
- γ) de la confusion mentale.

α) L'activité hallucinatoire est très grande et peut intéresser tous les sens (vue, ouïe, odorat, goût, sensibilité générale).

- Les hallucinations visuelles sont les plus importantes, c'est pourquoi REGIS lui donna le nom de délire onirique; ce sont des

visions de : - personnages

- animaux

- incendies

- drames

- inondations

- précipices

- plantes envahissantes

- scènes professionnelles.

- Les hallucinations auditives sont assez fréquentes; ce sont en général des personnages connus et familiers que le malade entend parler et agir.

- Les hallucinations tactiles sont plus rares, donnant la sensation de piqûres, de bêtes gluantes sur le corps, de fils emmêlés, de brûlures, de morsures.

Ces hallucinations ont en commun :

- leur très grande variabilité d'un moment à l'autre,

- leur caractère terrifiant, angoissant presque constant,

- elles apparaissent et s'aggravent à la tombée de la nuit.

β) L'agitation

Ce délire est alimenté par des troubles psychosensoriels mobiles, il n'est pas ou que très exceptionnellement systématisé, le malade participe intensément au scénario de son délire. Il "vit" son délire, en est entièrement occupé, se déplace, se lève fait des gestes, s'y donne avec une activité incessante, interpelle des familiers qu'il croit près de lui, travaille avec une ardeur toujours dépassée par la participation des événements au milieu desquels il se débat.

γ) La confusion mentale domine la scène. DELMAS MARSALET et son Ecole ont montré que "cet état onirique" survient à la faveur d'une baisse de la vigilance cérébrale. Il existe une désintégration plus ou moins profonde de la conscience. La désintégration temporo spatiale est généralement complète. On note des

troubles de l'attention, de la mémoire, des fausses reconnaissances, des illusions spontanées ou provoquées; par exemple : le malade qui prend ses flacons de perfusion pour une bonbonne, celui qui prend la table de nuit pour une charrue, etc..

Comme l'ont montré COIRAULT et LABORIT, il existe des fluctuations nettes de la confusion au cours de l'évolution de l'affection. La confusion est plus ou moins intense suivant que nous avons affaire à un délire subaigu ou à un délire aigu.

Toutes les formes de transition entre la bouffée confuso-onirique et le délirium peuvent se voir.

La bouffée confuso-onirique ou délire subaigu n'est souvent que la forme de début du délirium, c'est pourquoi, comme beaucoup d'autres, nous l'appellerons prédélirium.

MARCHAND a précisé "le délire subaigu n'est que la forme atténuée du délire aigu".

En résumé, ce délire est confuso-onirique. Il se distingue du rêve normal par son allure toujours dramatique et par :

- son caractère prolongé avec envahissement possible de l'état de veille,
- l'adhésion forte avec activité psychomotrice,
- la possibilité d'idées fixes post oniriques vers un rêve.

2° - Caractères particuliers à chacun de ces deux tableaux

a) Prédélirium

Le malade est pâle ou vultueux, il vit ses bouffées confuso-oniriques, il s'agite; en dehors d'elles, il peut, avec ou sans stimulations, sortir quelques instants de sa confusion et faire la critique de ses hallucinations. Il est fréquent que ces malades disent : "que je suis bête ! etc." et passent plusieurs heures de lucidité jusqu'à la prochaine bouffée.

La température ne dépasse guère 38 degrés, le tremblement et la sudation sont importants, mais beaucoup moins que dans le délirium vrai.

Il semble d'ailleurs inexact d'appeler délire subaigu ces bouffées confuso-oniriques, car elles ne sont en réalité qu'une manifestation aiguë aussi bien dans leurs conditions d'apparition que dans leur durée.

b) Délirium vrai

Il peut s'être installé de deux manières soit :

- Progressivement par une période identique au prédélirium pendant un temps variant de quelques heures à deux ou trois jours.
- Brutalement par l'apparition de tous les signes du prédélirium à leur intensité maximum.

BOUDIN, LAURAS et KREBS ont décrit dans le délirium vrai un syndrome neurologique constant fait de :

- tremblement maximum lors du délire grave se généralisant à tout le corps, faisant même vibrer le lit. Il s'y associe même des frémissements ou des secousses musculaires.

- Dysarthrie "pâteuse émise entre les dents" qui peut n'être faite que de balbutiement.

- Troubles de l'équilibre et démarche ébrieuse quand le malade peut être maintenu debout quelques minutes.

- Trouble de la coordination des mouvements, mouvements brusques avec dysmétrie, adiadicocinesie.

- Troubles de la sensibilité allant jusqu'à l'analgésie, ce qui fait que certains dans la confusion extrême peuvent se mutiler ou se donner la mort sans le sentir.

COIRAULT et LABORIT ont décrit des signes spécifiques du délirium tremens vrai, comportant des mouvements :

- d'agrippement
- de succion
- de mâchonnement.

DELMAS MARSALET a écrit que l'état confuso-onirique ne forme que la superstructure d'un état somatique grave qui inquiète tout le monde. En effet, le malade présente un état général gravement atteint :

Traits tirés, yeux enfoncés

Température à plus de 39° pouvant même atteindre 41°

Pouls en rapport avec la température souvent à 150/mn

Insomnie totale et constante

Déshydratation impressionnante et amaigrissement rapide; sueurs d'une telle abondance que le drap, les vêtements, tout est mouillé, et on peut "apprécier l'odeur podolique classique".

COIRAULT et LABORIT se sont attachés à l'étude bioélectrique du délirium tremens.

COIRAULT considère que "le syndrome métabolique va évoluer en plusieurs temps. Ces temps successifs ne sont pas obligatoires. Il peut y avoir télescopage de plusieurs phases". Il classe schématiquement ces deux phases :

1ère Phase : "Surpolarisation, hyperexcitabilité (sueurs abondantes-dipsophobie", correspond à un delta cryoscopique hypotonique où domine "la triade : hypokaliémie, hypokaliurie, hyperkalicytie répondant à une augmentation du rapport K_i/K_e ". De plus, il y a augmentation vraisemblable du rapport $\frac{Mg^{++i}}{Mg^{++e}}$. Enfin il y a perte sodique augmentant le rapport K/Na .

COIRAULT et LABORIT ont montré que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire globale correspond à une augmentation des Rapports K_i/K_e et K/Na , et à un état de surpolarisation cellulaire.

2ème Phase : "Dépolarisation, hypoexcitabilité (disparition des sueurs - soif intense)", correspondant à une hypertonie plasmatique.

"Ce qui domine... au cours de cette deuxième phase, c'est la triade : hypokaliémie, hyperkaliurie, hypokalicytie, répondant à une perte potassique globale".

" C'est aussi la triade : hypernatriémie, hyponatriurie, hypernatricytie répondant à une rétention sodique croissante".

" Il y a baisse du rapport K/Na et hypoexcitabilité. De plus, il y a perte calcique. La perte magnésienne traduit l'épuisement métabolique".

BOUDIN, LAURAS et Collaborateurs décrivent un syndrome biologique fait de :

- déshydratation extracellulaire. Hémococoncentration. Légère rétention sodée et déshydratation intracellulaire qui déterminerait une soif vive avec langue sèche, et hyperthermie.
- Catabolisme azoté important.
- Abaissement de la réserve alcaline entre 30 et 40 volumes
- Hypokaliémie
- Hypoalbuminémie et augmentation des Beta et Alpha deux globulines.

*

* *

B - THERAPEUTIQUES SUCCESSIVES

Nous passerons rapidement en revue les différentes thérapeutiques du délirium tremens, en essayant le plus possible de les classer par ordre d'apparition :

Les Sédatifs

- L'Opium introduit par SUTTON (1813)
- L'Hydrate de Chloral préconisé par LANCERAUX
- Le Somnifène* (Véronal + Nunal) utilisé en I.V.
- Le Pentothal sodique en perfusions pour KROPP et MENAGER (1954) demeure un bon moyen pour faire apparaître la sédation.

Les Stimulants du système nerveux central

- La Strychnine utilisée la première fois par LUTON de Reims (1873). Elle fut reprise et bien mise au point par DECOURT et SIVADON, COSSA (1938). Elle s'opposerait à l'effet dépressur de l'alcool, et rétablirait l'équilibre chronaxique normal entre le nerf et le muscle.

BRUEL et LECOQ ajoutèrent à ce traitement les doses dégressives d'alcool glucosé hépatisé en I.V.

- Les Amphetamines indiquées par MACAUD (1949).

L'Alcoolothérapie

- Le sérum de cheval, ayant absorbé de l'alcool pendant des mois auparavant, fut employé par BROCA, vers 1899.

L'alcoolothérapie fut reprise par BRUEL (1939), et LECOQ (1950-51) dans le but de lutter étiologiquement contre les accidents "a potu suspenso".

Le Sulfate de Magnésie hypertonique à 15 % en I.V. utilisé par DELMAS MARSALET (1942), pour lutter contre l'oedème cérébral.

La Sismothérapie

Proposée en 1955 par NEVEU et LHERMITTE, BOYER, DEROVET. DUBLINEAU ne la conseille que si la période confusionnelle se prolonge.

Les Neuroplégiques

- La Novocaïne en perfusions I.V. et
- La Chlorpromazine (Largactil*) KAMMERER, LETAILLEUR, MIRAILLE,
- Le Méthopromazine (Mopazine*),
- L'Acépromazine (Plégicil*) qui ont sensiblement les mêmes propriétés
- La Promethazine (Phenergan*) en I.V.
- La Reserpine (Serpasil*, Sarpagan*, Réserpine*) a été essayée par AVOL et VOGEL (1955).

Les résultats favorables ont été confirmés : en 1956 par LEREBoullet, PLUVINAGE et CACHIN, PERGOLA, SIGUIER, BETOURNE et GIABICANI; en 1957 par FAU et CHATEAU.

La Corticothérapie

Elle fit son apparition en 1953 avec J.A. SMITH qui conseillait l'A.C.T.H. en perfusion.

Puis LABORIT, en 1955, démontra par ses dosages le bien fondé de la cortisone qui favorise la fuite du potassium intracellulaire.

COIRAULT et LABORIT mirent au point, en 1955, l'utilisation d'un dérivé du Pregnandiol, le succinate sodique de 21 hydroxypregnandiol (Viadril) en I.V; c'est un stéroïde narcotique.

En 1956, DELMAS-MARSALET a affirmé le bien fondé de l'utilisation de l'Hydroxydione dans le délirium.

Vers 1956, CAMPBELL et SLEEPER ont utilisé le Cétadiol

(5 androstene, 3 16 diol).

Les Médications de complément

- La Vitaminothérapie du groupe B

B₁ (aneurine ou thiamine) en I.M. à la suite de travaux de POMME et coll. (1957), BERTHIER et COLE B₆ (pyridoxine) préconisée par WOLDWORTH (1953), BEG (1954); PALMER, IMRIE, SMALL et Coll. (1955).

B₁₂. Plusieurs publications se sont mises d'accord en 1957 : CARRIE, LEREBoullet, PLUVINAGE, MENOFF, LE PORS, pour montrer le bien fondé de son emploi.
C.

- L'Hépatothérapie
- La Réhydratation
- L'Antibiothérapie.

Les soins hospitaliers

Ces malades doivent être soignés dans un milieu hospitalier spécialisé.

MAGNAN, dès 1874, a beaucoup insisté sur le rôle néfaste de l'internement, et préconisé l'isolement.

La surveillance des malades doit être faite de jour et de nuit par un personnel spécialisé.

Les moyens de contention les moins traumatisants possibles, permettant seulement de maintenir sur un lit ces malades en proie à une agitation forcenée, sont réduits au minimum. Ce n'est qu'à l'extrême limite, dans les premières heures, qu'on est amené à contenir l'agitation de ces malades par ces procédés.

L'ambiance hospitalière doit être le plus calme possible; le Docteur Jean MATHEY porta ses efforts pour traiter ces malades

dans un climat psychologique convenable. Il fit installer une salle cloisonnée en huit boxes pouvant être surveillés d'un couloir médian.

Le personnel infirmier spécialisé apporte près de ces malades, en proie à un monde imaginaire terrifiant, une ambiance de paix et de compréhension.

Les Médications récentes

- Le S.C.T.Z. (Hémineurine), dérivé de la vitamine B₁, employé à la suite des travaux de CHARONNAT, LECHAT et CHARETON.
- Le Méprobamate, utilisé à la suite des travaux de GREENBERG, LEREBoullet et Coll., constitue la principale étude de cette Thèse.

*
* *

CHAPITRE II

EVOLUTION DE LA THERAPEUTIQUE DU DELIRIUM TREMENS AU CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE LA CHARENTE DEPUIS JUILLET 1957

Nous considérerons successivement le traitement par :

- l'Hydroxydione,
- le Méprobamate,
- l'association Méprobamate - Hydroxydione.

A - TRAITEMENT PAR L'HYDROXYDIONE

Nous verrons :

- les généralités et principes,
- les incidents,
- l'association avec les médications de complément.

I - Généralités et principes

L'hydroxydione du Codex est le succinate sodique de 21 hydroxypregnandione. Ce produit a été découvert aux Etats-Unis dans les Laboratoires Pfeizer, spécialisé sous le nom de Viadril. Il fut d'abord utilisé comme anesthésique. LABORIT et HUGUENARD étudièrent son action pharmacodynamique; ils ne lui trouvèrent pas d'action hormonale, bien que sa formule clinique l'apparente à la cortisone et au pregnandiol.

COIRAULT et LABORIT constatèrent que, dans le délirium tremens, sous l'action de l'hydroxydione, "les coupes au rhéotome se normalisent rapidement, comme si le potassium quittait le muscle pour aller soit dans l'espace extracellulaire, soit dans le nerf"... Il "répartit harmonieusement le potassium extracellulaire et le potassium intracellulaire et agit en ce sens comme la cortisone".

En raison de cette double propriété narcotique et minéra-

lotrope, COIRAULT et LABORIT d'une part, DELMAS-MARSALET d'autre part, l'employèrent dans le traitement du délirium tremens et publièrent leurs résultats (1955).

A la suite de ces publications et depuis Juillet 1957 jusqu'à Juillet 1961, tous les malades atteints de délirium tremens admis dans les Services libres du Docteur Jean MATHEY, au Centre Psychothérapique de la Charente furent traités par l'hydroxydione.

COIRAULT employait le produit dilué dans une perfusion de sérum glucosé (deux grammes pour 500 ml) par voie intraveineuse jusqu'à obtenir le sommeil, puis il passait à la voie sous-cutanée avec adjonction d'hyaluronidase, afin de faciliter la résorption.

Cette technique fut employée pour les premiers malades traités par l'hydroxydione au Centre Psychothérapique. Mais la voie sous-cutanée est apparue vite inefficace par la mauvaise résorption, les malades se réveillaient vite et s'agitaient; le produit était assez mal toléré. Alors la voie intraveineuse ne fut plus que la seule employée. L'hydroxydione a d'abord été utilisé seul par perfusion intraveineuse permanente en solution dans le sérum glucosé. Nous avons constaté quelques incidents par cette thérapeutique.

II - INCIDENTS DUS AU TRAITEMENT PAR L'HYDROXYDIONE

Ils sont de plusieurs sortes :

- Périphlébites
- Accidents respiratoires
- Hyperthermie
- Rechutes
- Surveillance très étroite du traitement.

1°) Les Périphlébites

Elles sont très fréquentes, dues au caractère très basique de la solution d'Hydroxydione. Les veines se sclérosent très vite, ce qui se traduit par des réactions inflammatoires et douloureuses sur le trajet de celles-ci.

Les thrombophlébites et les embolies sont exceptionnelles. Nous n'en avons jamais observé.

Mais les veines deviennent vite inutilisables et nous devons traiter localement ces scléroses veineuses. Nous avons, dans un but de protection des veines, adjoint aux perfusions de la rutine, et de la vitamine C, spécialisées sous le nom de Solu-rutine.

Ces périphlébites peuvent être cause de surinfection et d'hyperthermie, allant même jusqu'à nécessiter l'antibiothérapie.

2°) Accidents respiratoires

Une hypersécrétion bronchique associée à une hypersialorrhée peut se manifester assez souvent. L'Atropine peut être utilisée.

Tous les antisécrétoires peuvent demeurer inefficaces. Tel est le cas de l'Observation n° 4.

L'oedème aigu du poumon peut même emporter le malade.

3°) Hyperthermie

CIRILLI a dit qu'elle serait due "à une inhibition passagère des centres thermo-régulateurs diencéphaliques".

D'autres auteurs ont pensé que la cause en serait les

périphlébites.

Quoiqu'il en soit, nous l'avons constatée presque chez chaque malade traité par l'Hydroxydione.

Mais, dès que nous arrêtons ou ralentissons le débit des perfusions, nous constatons parallèlement une chute de la température, en même temps que le retour des troubles; le malade se réveille, ce qui semble être en faveur de la théorie de CIRILLI.

4°) Rechutes

Elles sont fréquentes et nécessitent la remise en train des perfusions. On peut en observer plusieurs dans les suites d'un même délirium.

5°) Surveillance très étroite du traitement.

Nous débutons la perfusion par un débit assez rapide d'environ 60 à 70 gouttes par minute, avec pour unique guide le sommeil du malade. Nous ralentissons à environ 30 à 40 gouttes par minute, quand le malade dort; ce qui a lieu dans l'heure suivante, en général.

Il faut surveiller d'une façon permanente :

- le débit de la perfusion et,
- si l'aiguille ne se bouche pas ou ne sort pas de la veine, aux multiples sursauts du malade. Parfois, le malade arrache la perfusion, et il est alors nécessaire d'utiliser un moyen de contention; ce qui nous semble contre-indiqué chez ces sujets.

Le traitement est assez long, les escarres sont fréquentes, les veines se sclérosent, etc..., ce qui nécessitent des soins constants.

Le personnel infirmier doit être très spécialisé et entraîné. Un infirmier ne peut assumer la surveillance que de trois déliriums en traitement par l'Hydroxydione.

CONCLUSION :

L'Hydroxydione a transformé le tableau clinique du délirium tremens. Mais il peut occasionner des incidents.

Pour pallier ces divers incidents, on a essayé d'associer l'hydroxydione à d'autres thérapeutiques.

III - L'association de l'hydroxydione aux autres traitements et aux médications de complément

1°) L'association de l'hydroxydione aux autres traitements; à :

a) La Corticothérapie

N'est apparue souhaitable, comme BOUDIN et LAURAS l'ont émis "que plus tardivement dans les formes graves où l'on a des raisons de craindre un collapsus cardiovasculaire et une défaillance surrénale".

b) La Chloropromazine

Elle a été recommandée en particulier par CIRILLI. Comme DUCOUDRAY et MOYER, nous pensons qu'ainsi nous n'avons pas obtenu des avantages considérables.

Quoique l'hydroxydione soit utilisée à doses moins fortes, les incidents veineux ont la même intensité. L'action du Viadril seul, employé à doses normales, est plus rapidement et plus complètement efficace.

c) La Sismothérapie

Préconisée par les auteurs américains, a été reprise en France par NEVEU et THIEBAUX. Elle a été très peu utilisée dans le service.

Nous n'avons traité que trois cas par cette thérapeutique. Chaque fois, il s'agissait de déliriums tremens qui avaient résisté aux autres médications même prolongées, et chez lesquels on observait une persistance de l'état confusionnel, de l'onirisme, du tremblement, de la température. Dans ces cas seulement, nous avons pris la décision de faire un à deux électrochocs.

Chez ces trois malades, un seul électrochoc a suffi pour faire disparaître totalement et définitivement le délire aigu alcoolique; chez les deux autres il a fallu deux électrochocs.

Nous devons préciser que nous avons appliqué cette thérapeutique chez des sujets relativement jeunes, et dont l'état cardiovasculaire était très satisfaisant. Nous faisons toujours précéder les séances d'électrochoc d'analeptiques cardiovasculaires, et nous avons à notre portée l'appareil à oxygène.

Conclusion :

Les associations de l'Hydroxydione soit à la corticothérapie, ou à la Chlorpromazine, ou à la Sismothérapie n'ont pas comblé nos espérances; nous avons préféré l'associer aux médications de complément.

2°) L'association de l'hydroxydione aux médications de complément

a) Vitaminothérapie B¹

POMME et COLL (1957), par le rôle important joué dans le métabolisme des glucides, et dans la transmission de l'influx nerveux, préconisèrent les injections intramusculaires toutes les 6 heures du mélange de 200 mg de chlorhydrate d'aneurine, et de 40 cg d'acide nicotinique. Cette médication leur a semblé

capable de stopper les formes mineures, et d'améliorer les autres formes de délirium.

BERTHIER et COLE (1957) ont vu une parenté entre certains états de délirium ou de prédélirium, et les formes atypiques des encéphalopathies de GAYE WERNICKE. Ils ont obtenu de bons résultats avec 500 mg à 1 gr par 24 heures de chlorhydrate d'aneurine poursuivis quelques semaines.

Pour ces multiples causes, et en particulier pour éviter les rechutes et l'évolution vers les encéphalopathies, nous avons été amené à prescrire 100 mg de Vitamine B¹ par perfusions de 1000 ml de sérum glucosé. La lenteur des perfusions permet d'éviter les incidents de surdosage.

b) Vitaminothérapie C et PP

Ce sont des facteurs de perméabilité et de respiration cellulaires, que l'on trouve spécialisés sous la forme d'ampoules de 5 ml comportant :

50 mg de rutine

500 mg d'acide ascorbique (Solurutine*)

Nous ajoutons deux ampoules à chaque perfusion de 1000ml dans le but :

- d'éviter les troubles fréquents de carence, communs aux alcooliques (fragilité capillaire, hémorragies, hématomes, etc..)
- de protéger les veines contre la sclérose et les périphlébites occasionnées par l'hydroxydione.

c) Alcoolothérapie

Cette thérapeutique, qui avait été signalée depuis longtemps par BROCA (1899), puis WIGERT (1910), JISLIN (1931), BAONVILLE et TITECA (1937), et préconisée par BRUEL (1939),

LECOQ (1950), ISBEL (1953), est apparue séduisante au point de vue théorique. Elle empêcherait l'aggravation des accidents de sevrage par restitution d'une certaine quantité d'alcool.

Nous trouvons spécialisé un soluté d'alcool éthylique à 25° glucosé, hépatisé, en ampoules de 50 ml (Curéthyl*). Nous adjoignons à chaque perfusion de 1000 ml une ampoule de 50 ml.

d) Hépatothérapie

Elle a été proposée par DAUSSY et Melle HERVOS en 1953 qui utilisaient la voie intraveineuse. Mais certains extraits de foie pouvaient causer des crises convulsives et des chocs. L'extrait de foie lyophilisé actuel mis au point par certains laboratoires ne nous occasionne plus ces accidents : notamment celui des Laboratoires Rolland.

Cette thérapeutique est basée sur la théorie qui considère qu'au moment du délirium existerait une défaillance hépatique qui se traduirait par une libération brusque et accrue de produits toxiques, non métabolisés avec une baisse brutale des facteurs de synthèses enzymatiques produits par le foie. Cela serait peut-être la cause de la persistance des troubles, en particulier de la confusion et des rechutes.

D'après FIEHRER, la lyophilisation serait le seul procédé qui conserve la glande hépatique avec la totalité de ses qualités. La haute teneur de ce produit en Vitamines du groupe B contribuerait également à augmenter le métabolisme, et à éliminer les produits toxiques.

Nous nous sommes ralliés à cette théorie, et nous mettons dans chaque perfusion de 1000 ml, 250 mg d'extrait de foie lyophilisé pendant toute la durée du traitement du délirium; et même, lors de la cure de désintoxication qui suit, nous le prescrivons à la même dose en injections intra-musculaires.

e) Conclusion

En 1960, nous étions arrivés à débiter le traitement du délirium tremens pour chaque individu par des perfusions intra-veineuses continues, lentes, avec :

- sérum glucosé isotonique 1000 ml
- Hydroxydione, 50 centigrammes pour 1 ampoule n° 8 (Viadril*)
- Soluté d'alcool éthylique à 25° glucosé, hépatisé 50 ml (Curéthyl*) pour 1 ampoule n° 1
- Rutine soluble 50 mg
- Acide ascorbique 500 mg (Solurutine*) pour une ampoule n° 2
- Extrait de foie lyophilisé 250 mg pour 1 ampoule n° 1

Le malade, d'une manière générale, dormait dans l'heure ou les deux heures suivantes, de telle sorte que dans la deuxième perfusion nous ne mettions que 6 ampoules (3 g) d'hydroxydione. A la troisième ou quatrième perfusion, dès que les signes du délirium s'étaient très amendés, nous réduisions à 4 flacons d'hydroxydione jusqu'à la fin du traitement. Les médications de complément restant inchangées.

Cette technique, nous l'appellerons en abrégé "perfusions hydroxydione" dans la rubrique traitements, des observations.

L'hydroxydione employé seul avait apporté une amélioration considérable du tableau clinique par rapport aux thérapeutiques précédentes. Cette association apportait encore une amélioration de certains signes :

- La reprise de l'appétit revenait rapidement; l'état général s'améliorait très vite.

- La diurèse était très augmentée, et devenait de la polyurie, ce qui tendait à faire disparaître en deux ou trois semaines l'ascite et les oedèmes chez des cirrhotiques.

- Les accidents par hémorragie devenaient plus rares.

Mais les incidents, quoique moins fréquents, persistaient toujours; en particulier : périphlébites, encombrement trachéo-bronchique, hyperthermie, rechutes. La nécessité d'une surveillance très étroite du malade, par un personnel très spécialisé, demeurait toujours.

Ces inconvénients nous ont incités à chercher une thérapeutique qui nous semblait présenter beaucoup moins d'incidents, en restant aussi efficace. A la suite des résultats encourageants publiés par LEREBoullet J., PLUVINAGE R., AMSTUTZ Cl., et DI MARIA R., nous avons essayé la thérapeutique par le Méprobamate dans le délirium tremens, et le prédélirium.

*

* *

B - TRAITEMENT PAR LE MEPROBAMATE

Le Méprobamate appartient au groupe des tranquillisants.

Sa formule développée est la suivante :

- 2 méthyl - 2 n - propyl - 1,3 propane diol dicarbamate.

Il a été synthétisé par LUDWIG et PIECH (1950).

Nous avons employé presque uniquement la forme injectable (Equanil*). Nous n'avons utilisé qu'exceptionnellement le mode d'administration par comprimés.

Nous adjoignons systématiquement à cette thérapeutique :

- la vitaminothérapie : B⁴, PP qui sont les coenzymes I et II de WARBOURG, activateurs du métabolisme de l'alcool, et facteurs de respiration cellulaire.
- l'hépatothérapie.

Ces principes se trouvent associés en ampoule de 5 ml (Curéthyl* B3, B4).

Nous pratiquons une ampoule de 5 ml en injection intramusculaire deux à trois fois par 24 heures.

Cette association, nous la désignerons dans les observations en abrégé par : Vitaminothérapie BPP.

Au début, nous agissions prudemment, n'ayant pas l'expérience personnelle du maniement, ni de la tolérance de ce produit. Nous n'injections qu'une ampoule de 0,40 g en intramusculaire toutes les trois ou quatre heures (3,20 g à 2, 40 g par 24 heures) (Observation Homme n° 1).

Devant la bonne tolérance du produit, nous sommes arrivés à rapprocher les injections, et à utiliser même deux ampoules à 0,40 g toutes les heures, soit 19,20 g par 24 heures (Observation Homme n° 49), en nous fixant uniquement sur l'intensité des troubles.

La réhydratation par sérum glucosé ou physiologique, quand le malade était très déshydraté, n'a été utilisée qu'assez rarement, puisque très souvent la réhydratation par la bouche suffisait.

I - Cette méthode thérapeutique nous a permis de guérir rapidement des déliriums tremens :

Prenons pour exemple l'observation Homme n° 15.

M. BEG... Claude, à son entrée le 21/8/61, est en pré-délirium. Il est surtout très agité avec des bouffées confusio-niriques, et en mauvais état général.

Dès son entrée, nous prescrivons :

- Méprobamate 0,40 g en I.M. toutes les 2 heures,
- Hépatothérapie,
- Vitaminothérapie B⁴ PP.

Sous ce traitement, le malade s'endort très vite; en moins de 24 heures, tous les troubles ont régressé. La plupart des troubles ont même cessé en quelques heures. Seules persistent la température à 38° et une légère tachycardie pendant quatre jours, mais le malade a des fractures aux membres supérieurs.

Le 25, nous prescrivons la cure de désintoxication. Nous diminuons le Méprobamate à la dose de 0,40 g en I.M. toutes les quatre heures pendant un jour; puis pendant quatre jours à

doses dégressives.

Conclusion :

Les injections de Méprobamate ont été poursuivies à doses dégressives pendant une dizaine de jours, sans réhydratation le malade buvait normalement.

La conduite du traitement a été uniquement guidée par l'intensité des troubles; l'observation n° 49 a nécessité, par exemple, des doses beaucoup plus importantes.

Observation Homme n° 49.

M. HYM... Roger, 60 ans, marchand de bestiaux, entre le 8/4/62 en état de délirium tremens très actif; tous les signes de tendance grave et évolutive sont très intenses : dysarthrie, mouvements d'agrippement, tremblements, agitation, onirisme, sueurs, déshydratation, température 38°2, T.A. 18/9, pouls 104 par minute.

Le malade est en très mauvais état général, avec subictère, myocardite, souffle systolique apexien, oedèmes des membres inférieurs, cirrhose en voie de décompensation.

A son entrée, à 11 heures, devant cet état alarmant, nous prescrivons l'association Vitaminothérapie B⁴ PP, hépatothérapie, avec le Méprobamate à la dose très élevée de 0,80 g en injections intra-musculaires toutes les heures (19,20 g par 24 heures).

Le malade boit en une heure plus d'un litre de citronnade.

Dès la deuxième injection il s'endort; tous les signes régressent lentement.

A 18 heures, le malade continue à dormir d'un profond

sommeil, et nous réduisons à 0,40 g de Méprobamate en intramusculaire toutes les heures (9,60 g par 24 heures), pendant 24 heures.

Le 9, les troubles ont presque disparu, le malade a retrouvé sa conscience entre les bouffées oniriques. Nous réduisons à 0,40 g de Méprobamate en intramusculaire toutes les 2 heures. Une congestion des bases avec hyperthermie vient compliquer le tableau et nécessiter l'antibiothérapie.

Le 10, le malade est guéri de son délirium grave; 48 heures après son entrée. Nous passons alors à 0,40 g de Méprobamate en intramusculaire toutes les trois heures, pendant 24 h.

Le 11, nous réduisons encore à 0,40 g de Méprobamate en intramusculaire toutes les quatre heures pendant deux jours, puis nous diminuons progressivement les doses pendant 8 jours.

Conclusion :

Nous avons guéri ce délirium grave chez un malade, en très mauvais état général, en moins de 48 heures, par une dose massive d'emblée, de 19,20 g de Méprobamate par 24 heures. Le traitement par les doses dégressives a dû être poursuivi 13 jours pour éviter les rechutes. Le malade n'a cessé de boire abondamment; ce qui a évité de perfuser pour réhydrater.

Nous n'avons pas constaté de rechute. La tolérance du Méprobamate a été parfaite; nous signalerons une baisse de la tension artérielle de 18/9 à 10/8 le deuxième jour, qui ne semble que pour une faible part due au Méprobamate; attendu qu'à la première prise de tension, le malade était très agité, qu'il était porteur d'oedèmes qui se sont vidés dès le deuxième jour.

Le malade s'est très vite endormi, ce qui a d'ailleurs contribué à sa guérison. Il n'en est cependant pas toujours de même, et nous avons été obligés, dans certains cas, où nous

avons commencé le traitement par le Méprobamate, d'avoir recours à notre ancienne thérapeutique par l'hydroxydione, vu la recrudescence de l'intensité des troubles.

II - Le Méprobamate n'a pas permis de guérir et d'éviter l'aggravation des troubles du délirium.

Nous prendrons comme exemple l'Observation Homme n° 14.

BAY... René, 34 ans, carrier, entre le 17/8/61 en délirium tremens très actif, avec un délire de bataille et de persécution assez bien systématisé.

- Dès son entrée, le 17, à 14 heures, nous prescrivons le Méprobamate 0,40 g toutes les heures en intra-musculaire, soit 9,60 g par 24 heures en association à la vitaminothérapie B₆ 250 mg, en intra-musculaire matin et soir, et à l'hépatothérapie intra-musculaire, 250 mg par 24 heures.

- A 22 heures, la malade n'a pas dormi; tous les signes du délirium se sont très aggravés. Il n'est plus possible de contenir le malade, vu son agitation. Nous sommes obligés d'avoir recours à notre ancienne thérapeutique par les perfusions contenant de l'hydroxydione en association à la médication de complément, telle que nous l'avons déjà décrite.

- A 22 heures 30, sous l'effet de l'hydroxydione, le malade dort profondément. Les troubles se sont déjà amendés légèrement.

Conclusion :

Le Méprobamate, même à la dose de 9,60 g par 24 heures, n'a pas empêché l'aggravation des troubles du délirium.

III - Le Méprobamate permet d'écourter le traitement par l'Hydroxydione, d'éviter les rechutes et les complications

Reprenons l'observation n° 14.

- Le 19, à midi, tous les signes du délirium se sont amendés. Quelques signes persistent : tremblement, dysarthrie, sueurs profuses, légère déshydratation. Mais le malade présente une hyperthermie à 40°2, avec congestion des bases pulmonaires et encombrement trachéo-bronchique. Nous sommes alors obligés de ralentir les perfusions; mais les troubles du délirium ont tendance à réapparaître. Alors, nous substituons les perfusions contenant de l'hydroxydione par le Méprobamate 0,40 g en intra-musculaire toutes les deux heures (4,80 g par 24 heures). Nous prescrivons également l'antibiothérapie, la vitaminothérapie B₃ B₄, l'hépatothérapie.

- Le 20, le malade est guéri de son délirium, et nous diminuons progressivement les doses de Méprobamate pendant quatre jours.

Conclusion : Les troubles ont été très vite amendés par l'hydroxydione. Mais les incidents fréquents de cette thérapeutique sont apparus (encombrement trachéo-bronchique et hyperthermie) 36 heures après le début des perfusions.

Si nous avions stoppé brusquement l'hydroxydione, tous les signes du délirium seraient sûrement réapparus. Mais, comme nous avons alors tenté d'utiliser le Méprobamate 0,40 g en intra-musculaire toutes les deux heures, nous avons ainsi pu terminer de guérir ce délirium et éviter les rechutes.

Donc, le Méprobamate présente un intérêt considérable en réduisant la durée du traitement par l'hydroxydione, et en évitant les complications et les rechutes fâcheuses.

Cette méthode, nous l'avons utilisée chez un grand nombre de malades qui n'ont pas pu être guéris par le Méprobamate d'emblée.

IV - Règles thérapeutiques que nous nous sommes fixées pour traiter les prédéliriums et les déliriums

a) Nous traitons avec des doses d'attaque variant de une injection intra-musculaire de 0,40 g toutes les 4 heures (2,40 g par 24 heures), à 0,80 g toutes les heures (19,20 g par 24 heures) en nous fixant uniquement sur l'intensité des signes cliniques.

Nous utilisons des doses dégressives dès que les troubles ont disparu, pendant une durée variant de 6 à 15 jours.

b) Lorsque le traitement d'attaque par le Méprobamate n'a pas empêché l'aggravation, et que le malade ne dort pas dans les six heures suivantes, nous sommes obligés d'employer notre ancienne thérapeutique par l'hydroxydione associé aux médications de complément.

Dans ce cas, les troubles cessent en général très vite. Dès qu'apparaissent : hyperthermie, ou encombrement trachéo-bronchique (deux ou trois jours après le début du traitement par l'hydroxydione), nous substituons le Méprobamate à l'hydroxydione, et nous terminons le traitement par des doses dégressives de Méprobamate.

Nous procèderons à l'examen de soixante observations de malades atteints de prédélirium et de déliriums tremens ainsi traités.

CHAPITRE III

ETUDE DE SOIXANTE OBSERVATIONS DE MALADES ATTEINTS
DE PREDELIRIUM OU DE DELIRIUM TREMENS TRAITES PAR LE
MEPROBAMATE ET PAR L'ASSOCIATION HYDROXYDIONE-MEPROBAMATE

Nous considèrerons successivement :

- l'étude de l'évolution clinique et thérapeutique des observations
- les résultats de cette thérapeutique
- la comparaison de nos résultats thérapeutiques actuels avec ceux obtenus précédemment.

I - Etude de l'évolution clinique et thérapeutique des observations.

Vu le nombre assez important d'observations, nous nous sommes proposés de les résumer dans des tableaux, en insistant particulièrement sur l'évolution clinique en fonction de la thérapeutique.

Nous avons été conduits à employer des abréviations et nous demandons au lecteur de nous en excuser.

Nous indiquons de suite la signification des abréviations principales concernant :

- l'intensité des signes cliniques :

- 0 : intensité nulle
- + : intensité moyenne et légère
- ++ : assez intense,
- +++ : très intense,
- ++++ : intensité extrême.

- quelques mots fréquemment rencontrés :

- A : Albumine
- A.T. : Arrêt des troubles

D.C.D. : décédé
D.T. : Délirium tremens
E.E.G. : électroencéphalogramme
E.G. : état général
H. : heure
I.M. : intramusculaire
I.V. : intraveineuse
J. : jour
N.F. : Numération formule, sanguine
S. : sucre
T.A. : Tension artérielle
T.P. : taux de prothrombine
Ttes : toutes.

Nous procéderons à l'examen :

- d'abord des dix observations de malades femmes,
- puis, des cinquante observations de malades hommes, atteints de prédélirium ou délirium tremens soignés de Juillet 1961 à Mai 1962 au Centre Psychothérapique de la Charente par le Méprobamate et l'association Hydroxydione-Méprobamate en intramusculaire.

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clini- que à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	TRAITEMENTS	Complications et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 1 MET.. Marie 61 ans mariée sans pro- fession(SP) région RUFFEC 7/6/61	Etats dépres- sifs en 54 et 59. adressée pour " troubles nerveux à type dépres- sif "	Pâle, obnubi- lée, légère- ment incohé- rente pas de si- gnes d'imprégna- tion éthylrique	Urines : Sucre(S) néant (o) Albumine (A) néant Sang : urée 0,34g Taux de prothrom- bine(TP) 100% B.W. néga- tif	Le 7 nuit 17/18 19 23 24	1°)Thymoleptiques 2°)Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40g I.M ttes les heures - les 3 heures - les 5 heures 3°)Cure desintoxication	Délirium Tremens (D.T.) A.T. en	o +++ + o	+	+	+++	o	++	36,7 38,7 38,1 37,5	84 120 96 82	14/7 13/6 14/6 16/8	o +++ + o	o	pas de diminution de la T.A avec 9gr24 de Méprobama- te	Délirium à potu sus- penso chez une dépri- mée stoppé en moins de 24H par le Méproba- mate. La malade n'a cessé de boire et les per- fusions ont été inutiles
OBS N° 2 BIA.. Louise mariée S.P. ANGOULEME 15/6/61	Adressée pour " atteinte de crises de délire alcoolique aigu "	D.T. pâle Mauvais état géné- ral (E.G.) Signes d'in- toxication éthylrique Varices	Urines : S.présence A. O Corps céto- niques o Sang: toxication Glycémie 1,48g pr I.000 T.P 60 % Urée 0,36g	15 (10H) (14H) 16 21 24 26 28	1°)Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40g I.M ttes les heures Hydratation s/cutanée 2°)Arrêt Méprobamate Perfusions Hydroxydio- ne 3°)Arrêt perfusions Méprobamate 0,40g I.M ttes les 3 heures - les 2 heures - les 3 heures 4°)Cure desintoxication	Aggravation en D.T. Encombreme- nt bron- chique	+++ ++++ +	++ ++++ ++	+++ ++++ ++	+++ ++++ ++	+++ ++++ o	36,9 38,8 37,4 40,2	112 144 104	10/8 10/8 9/6	++++ +++ ++	++++ +++ +++		Le Méprobamate n'a pas empêché l'aggra- vation du D.T. Consolidation du traitement par le Méprobamate prolongé une semaine	
OBS N° 3 SUR.. Antoinette 41 ans célibataire S.P. ANGOULEME 25/6/61	Tentative de desintoxica- tion à domi- cile en 56 Adressée pour "bouffées oniriques"	Prédélirium Maigreur extrême Fabulations	Urines : S. O A. O Sang:urée 0,40g Cholestérol 1,48g pour I.000 T.P 48% N.F : 2.810.000 GR	25 26 3 nuit 5/6 13 22	1°)Vitaminothérapie B.P.P Méprobamate 0,40g I.M ttes les heures cure férique 2°)Arrêt Méprobamate Cure de desintoxication 3°)Perfusions Hydroxydione 4°)Arrêt perfusions Cure desintoxication 5°)Méprobamate I.M. 0,40g ttes les 3 heures diminution progressive	A.T. en 1°)rechute D.T. 2°)rechute D.T.	++ o o	+	+	+++	++++	+++	37,7 37,5 37,2	92 87 78	12/7 9/6 13/8	++ +	+++ +	Chute de tension de 4cm Hg Améliorée par 20mg I.M. d'acétate de desoxy- corticosté- rone Hypertermie pendant l'hydroxy- dione	L'arrêt brusque du Méprobamate semble avoir été la cause de la rechute trois jours après.La deuxième rechute a été très bien améliorée par le Méprobamate à 3 gr20 par 24 heures

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoi- re	Dates et Heures (H)	TRAITEMENTS	Complications et arrêt des troubles (A.T.)											Incidents dûs au traite- ment	Conclusions Générales
							Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/mminute	T.A.	Sueurs	Dehydratation	
OBS N° 4 LEG... Odette 35 ans mariée domestique agricole SEGONZAC	Prédélirium en 1958 Adressée pour D.T.	D.T. Cirrhose en décompensa- tion	Urines : S. o A. o T.P. 50 % Urée 0,27g	30 5 8	1°) Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40 I.M. ttes les 2 heures diminution progres- sive 2°) Cure desintoxication + Méprobamate 0,40g I.M. le soir (5J)	Epistaxis Vita K A.T. en	+++ o I2H	+ o 24H	++ o 4H	+++ o 48H	+++ o 24H	+ o IH	38,2 37,9 7J	92 96 7J	16/9 II/6 7J	+++ 48H	o 	Chute de T.A. de 6cm Hg bien compensée par 20 mmg I.M. d'acétate de desoxy- corticosté- rone A noter une chute de T.A. bien compen- sée en 2 J
OBS N° 5 ROU... 57 ans mariée S.P. 3/8/6I RUFEC	Cirrhose dé- compensée Hospitalisée en 60 et 6I transférée de l'hôpital de Girac pour "Délirium"	Prédélirium - Ascite Oedème des membres inf. Cachexie	Urines : S. O A. O Sang : urée 0,52g pour I.000 T.P. 28 % B.W. négat- if	3 4 9	1°) Vitaminothérapie BPP Diurétiques Méprobamate 0,40g I.M. ttes les heures Diminution progres- sive pendant 5 J + Deltacortisone Quarante mmgr p 24H 2°) Cure de desintoxica- tion	 A.T. en	++ o	+ o	++ o	++ ++	+++ +	38,4 37,6	I20 I02	II,7 II,7	+ +	++ +		Malade avec une cirrhose décompensée en très mauvais E.G. Evolution rapide par le Méprobamate à 9 gr 60 par 24H. La réhydratation a été inutile, la malade a bu dès son entrée.
OBS N° 6 RES.. Lucienne 36 ans mariée S.P. 6/8/6I ANGOULEME	Tuberculose pulmonaire non évolutive Nombreux sé- jours en sana- torium. Transférée de Girac pour "état d'amné- sie et de pré- délirium"	Prédélirium Maigreur 37Kg Pupilles ne réagissant pas à la lumière Amnésie totale	Urines : S. O A. O Sang:urée 0,32g pour I.000 T.P. 47 % B.W.négatif L.C.R. nor- mal V.S. 45mm/ IH B.K.négatif	6 8 II	1°) Vitaminothérapie B.P.P Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures - les 3 heures Diminution progressive pendant une semaine 2°) Cure desintoxication	A.T. en Dysurie Urines : nombreuses colonies de bacilles coliformes réagissant aux sulfa- mides	++ I5H	o 	++++ I0H	++ 50H	++ 24H	++ IH	37,2 	76 	I0/7 	+ 	o 	Chute de T.A. de 3cm Hg bien compensée par 30mmg d'acétate de desoxycorti- costerone par 24H Prédélirium où la confusion prédomi- nait avec des pupilles insensibles à la lumière. Il s'agissait bien d'un accès subaigu guéri très vite par le Méprobamate à la dose de 4 gr80 par 24H
OBS N° 7 RIC.. Henriette 40 ans célibataire cultivatri- ce 26/10/6I	Agressée pour "début de délirium" après un épisode grippal	Prédélirium Cirrhose compensée Hépatoméga- lie importante	Urines : S. O A. O Sang:urée 0,38g pour I.000 T.P. 48 %	26 6/II	1°) Alcoolothérapie I00cc par 24H Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures pendant 4J puis dimi- nution progressive pendant I0J. 2°) Cure desintoxication	 A.T. en	+ I0H	+ 24H	+ 2H	+++ 6H	+ I2H	+ 2H	38 4J	I00 4J	I4/8 20H	++ 24H	o 	Prédélirium très vite guéri par 4 gr, 80 par 24 H de Mé- probamate en I.M. Pas d'accidents se- condaires dûs au traitement.

	Antécédents Causes déolanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoi- res	Dates et Heures (H)	TRAITEMENTS	Complications et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Cratisme	Insomnie	Température	Pulsation Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 8 PAL... Céline 78 ans Veuve S.P. 5/12/61 COMFOLENS	Cirrhose "adressée pour délirium	Délirium Cirrhose atrophique Oedème des membres inf. Ecchymoses Polynévrite des membres inf.	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,38g pour I.000 T.P. 33% Cholesté- rol Igr 93	5 nuit du 8/9	1°) Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures Diminution progres- sive Hydratation I.V. et S/Cuta	Hémorragie cérébromé- ningée foudroyante D.C.D. à 4H	++++	++++	++++	++++	++	++	37,6	92	15/8	++	+		Le Méprobamate a très vite calmé l'exagération des troubles. Mais une hémorragie cérébroméningée a emporté la malade en quelques heures
OBS N° 9 THO... Marcelle 36 ans Mariée Cultivatri- ce 18/1/62 CHATEAU- NEUF	Adressée pour "délire éthylrique aigu" depuis la veille. " Elle voit des souris dans les rideaux, la vierge dans la cheminée, etc.."	Prédélirium Signes d'im- prégnation très nets	Urines : S. traces A. néant Sang: urée 0,28g pour I.000 T.P. 41%	18 23	1°) Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures Diminution progressi- ve pendant 6J. 2°) Cure desintoxication	A.T. en	+++	+	o	+	+++	+++	38,5	102	13/8	+	o	Légère chute de T.A. de 3 cm Hg 30 heures après le début du traitement	Prédélirium où prédominait l'onirisme très vite guéri par le Méprobamate à la dose de 4 gr60 par 24H. Chute de T.A. légère, bien rétablie par 20 mmgr d'acétate de desoxycorticostérone par 24H
OBS N° 10 JAS... Gabrielle 32 ans mariée cultivatri- ce MARIVA 4/2/62	Délirium en 56 avec rechute. Deux courta- ges dont le dernier il y a 4J. Transférée de la clini- que Ste M. pour "Déli- rium Trémens"	Délirium grave Mauvais E.G.	Urines : S. 0 A. 0 Sang: urée 0,38g pour I.000 T.P. 54%	4 6 8 13	1°) Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures pendant 1J Méprobamate 0,80g I.M. ttes les 2 heures pendant 2 jours Méprobamate 0,40g 6 comprimés par 24H + 0,40g I.M. ttes les 4 heures (3J) 2°) Cure desintoxication	Ebauche de rechute A.T. en	++++	++++	++++	+++	++++	+++	38	88	13/8	+++	++	Chute de T.A. de 3cm Hg	Délirium grave jugulé environ en 4 J par le Méprobamate à la dose de 9 gr60 par 24heures. Petite ébauche de rechute calmée par l'augmentation de la dose de Méprobamate. A noter des petits abcès à l'endroit des injections que l'on a remplacées par des comprimés. Petite chute de T.A. de 3 cm Hg bien compensée par 20 mmgr d'acétate de desoxy-corticostérone par 24H, pendant 2 jours

	Antécédents Causes déclanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoi- re	Dates et Heures (H)	Traitements	Complica- tions et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 1 THA... Raoul 46 ans cultiva- teur 20/6/61 CHATEAU- NEUF	Adressé pour " risque de délirium " depuis la veille "voit des grosses bêtes sortir du fumier "	Teint plombé Signes évidents d'intoxica- tion éthy- lique	Urines : S. 0 A. 0 Sang : Urée : 0,38 g pour I.000 T.P. 48%	Le 20 21 23 24 huit 26/27 27(8H) (16H)	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 3 heures - les 4 heures 2°) Arrêt du Méprobamate Cure desintoxication 3°) Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 heures ttes les 1 heure(1/2j) 4°) Arrêt Méprobamate Perfusions I.V. perma- nentes par Hydroxydione	Rechute en D.T. grave	+++ ++++ o	+++ ++ o	++ ++ o	++ ++ o	++++ + o	++ + o	37,8 37,8 37,3	120 84 84	14/9 13/9 13/9	+++ o +++	+ o ++		1°) D.T. vite stoppé par le Méprobamate . 2°) Rechute malgré 9 gr 60 de Méprobamate par 24 H. Nécessité d'utiliser les Perfu- sions par l'hydroxydio ne.
OBS N° 2 BOR... Louis 55 ans céliba- taire domesti- que agr. 21/6/61 BARBE- ZIEUX	Désintoxica- tion en 1958 Prédélirium fin 1958 Adressé pour "bouffées oniriques "	Prédélirium Cirrhose compensée Polynévrite des membres inf. Affaiblisse- ment psychi- que impor- tant	Urines : S.présence A. 0 Sang : Urée : 0,35 g pour I.000 T.P. 54 % Glycémie : I gr I76 Fond d'oeil normal	21 22 24	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 heures 2°) Arrêt du Méprobamate Cure desintoxication	Chute T.A. A.T. en	+++ 24H	+++ 36H	++++ IH	++ IH	+++ I2H	++ IH	38 3J	92 3J	16/8 4J 10/8	++ 5H	++ 10H	Chute T.A.	Prédélirium très vite amélioré avec 4 gr 80 de Méprobamate par 24 H. Ce malade en mauvais état général a pu se réhydrater par la bouche sans avoir recours aux perfusions. La chute de la T.A. de 6 cm Hg a été vite combattue par 20 mgr par 24 H d'acétate de desoxycorticostérone
OBS N° 3 GUI... Pierre 61 ans céliba- taire domesti- que agr. 14/6/61 RUFFEC	Désintoxica- tion en 1959 Adressé par la force publique pour " risques "	Prédélirium Signes d'imprégna- tion très importants	Urines : S. 0 A. 0 Sang : Urée : 0,52 g pour I.000 T.P. 68 %	14 16 21	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les heures 2°) - - 2 heures et diminution progressive en 4 J. 3°) Cure desintoxication	Ebauche de Rechute A.T. en	++++ ++	++++ +++	++ +++	++ ++	++ ++++	++ +++	38,4 39	114 118	21/10 10/7	+++ ++	o +	Chute impor- tante de la T.A. de 11 cm HG. T.A. vite rétablie à 15/8 par 30 mgr d'acétate de desoxy- corticosté- rone en I.M. par 24 H	Prédélirium qui avait tendance à s'aggraver très vite, très bien combattu en 3 J par 9 gr 60 de Méprobamate par 24 H. On avait dimi- nué à 3 gr20 par 24 H une ébauche de rechute est alors apparue le 16/6. La réhydratation par perfusions a été inutile le malade bu- vait dès son entrée.

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Labora- toire	Dates et Heu- res (H)	Traitements	Complica- tions et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions générales
OBS N° 4 ROZ... Léon 43 ans gitan célibataire 22/6/61 S.D.F.	Cure de de- sintoxication en 56 et 58 Myocardite éthylque Transféré de Girac pour " agitation et confusi- on "	D.T. Aréflexie tendineuse des membres inf. Tachyaryth- mie avec assourdisse- ment des bruits congestion des bases pulmonaires	Urines : S. 0 A. 0 Sang : Urée : 0,46 g pour 1000 T.P. 40 % L.C.R. normal F.O. normal B.W. négatif	22 23 27 28 29	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 heures antibiothérapie massive Réhydratation. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 1/2 heures 2°) Arrêt Méprobamate Perfusions par l'hydroxydione	 Aggravation D.T. D.C.D.	+++ ++++ ++++	++++ ++++ ++++	++++ ++++ ++++	++++ ++++ ++++	+++ ++++ ++++	+++ ++++ ++++	38,4 39,5 41,2	I00 I60 I80	I4/7 II/7 	+++ +++ 	+++ +++ 	 Encombre- ment bron- chique Hyperther- mie	Echec ou tout au moins insuffisance du Méproba- mate même à la dose de 19 gr 20 par 24 h pour faire regresser les troubles du D.T. L'hydroxydione qui a vite apporté le calme au malade a aggravé son état par l'encombrement et l'hyperthermie.
OBS N° 5 HAM.. Louis 35 ans domesti- que agr. 28/6/61	D.T. en 53 Cure desinto- xication en 1959 Adressé pour " état confu- so-onirique après conges- tion pulmo- naire "	D.T. Fabulation Désorienta- tion tempore spatiale Signes d'in- toxication importants	Urines : S. 0 A. 0 Sang : Urée 0,48 g pour 1.000 T.P. 71 %	28 29 31	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures 2°) Arrêt Méprobamate Perfusions par Hydroxydione 3°) Arrêt perfusions Cure desintoxication	 Aggravation	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	++ ++	++ ++	38,2 39,1	II8 	I5/9	+ 	++ 	 	Echec ou insuffisance du traitement par le Méprobamate. Nécessité d'avoir recours aux perfusions par l'hydroxydione
OBS N° 6 G... Germain 46 ans cultiva- teur LA ROCHE- FOUCAULD 29/6/61	adressé pour " bouffées confuso- oniriques "	Prédelirium signes d'intoxica- tion nets	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,39 g pour 1.000 T.P. 52 %	29 30 2/7 5	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 4 heures - les heures - les 3 heures diminution progressive pendant 5 J. 2°) Cure desintoxication	 Aggravation en D.T. A.T. en	+++ ++++ +	+++ ++++ +	++ ++++ o	+ ++ o	++ +++ o	+ ++ o	37,6 38,1 37,1	I04 II2 82	I5/9 I3/8 I3/8	+ ++ o	o ++ o	 	La dose d'attaque de 2 gr 40 de Méprobamate par 24 H était insuffi- sante et n'a pas empêché l'évolution en D.T. Le D.T. a été combattu par 9 gr 60 de Méproba- mate par 24 H. Pas d'accidents secon- daires dûs au traitement
OBS N° 7 R... Louis 26 ans papetier 22/7/61 ANGOULEME	D.T. en 56 Prédelirium en 1959. Transféré de Girac après appendicec- tomie " pour onirisme "	D.T. actif et E.G. très altéré	Urines : S. 0 A. 0 Urée : 0,25g pour 1.000 T.P. 70 %	22 23 (12 H) 27	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Réhydratation Méprobamate 0,40 g I.M. toutes les heures 2°) Arrêt Méprobamate Perfusions par Hydroxydione 3°) Arrêt des perfusions Cure desintoxication	 Aggravation Effondre- ment T.A. et de la température Etat de choc d'où analepti- ques cardio vasculaires	+++ ++	++++ o	+++ +++	+++ ++	+++ +	++ +	38,2 36	II8 I20	I3/8 9/6	+++ ++++	++ ++++	 	Délirium grave qui s'est aggravé en moins de 16 heu- res malgré 9 gr 60 par 24 H de Méprobamate. A noter un effondrement de T.A. et un état de choc combattus par la cortine naturelle et les analeptiques cardio- vasculaires

	Antécédents Causes déclanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complications et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions générales
OBS N° 8 MIC... Maurice 28 ans manoeuvre 5/8/61	Hospitalisé en 57 pour épilepsie toxique adressé " pour crises d'épilepsie"	Prédélirium Signes d'imprégnation très nets Début de polynévrite des membres inf.	Urines : S. 0 A. 0 Urée : Sang 0,45 g par litre T.P. 64 %	5	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate en I.M. 0,40 g ttes les 2 H	Fait un état de mal une demi-heure après son entrée bien jugulé par Phénylétyle Malényluré 0,20g en I.M. d'urgence	+	++	+++	+++	++		39	100	18/10	++	+		1°) Prédélirium avec épilepsie guéri par 4,80 g de Méprobamate par 24 H. Le malade n'a pas eu besoin d'être réhydraté, il buvait suffisamment. 2°) Les crises d'épilepsie ont complètement disparu par le sevrage. 3°) Bonne tolérance du Méprobamate
				6			+	+	o	+	+++	o	37	90	12/8	o	o		
				7	ttes les 4 heures puis diminution progressive en 6 J		o	o	o	o	o	o	37,5	88	13/8	o	o		
				9	2°) Cure desintoxication	A.T. en	48H	36H	15H	20H	24H	4H	2J	2J	2J	12H	12H		
OBS N° 9 LAB.. 49 ans mécanicien 7/6/61 ANGOULEME	Adressé pour "délire alcoolique" (Délire de batailles)	D.T. grave	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,27g pour 1000 T.P. 64%	7	1°) Perfusions par Hydroxydione		++++	++++	++++	++++	++++	++++	38	100	13/8	++++	+++		D.T. très grave nécessitant d'emblée les perfusions par l'hydroxydione. Le Méprobamate a permis de prendre le relais lors de l'hyperthermie par l'hydroxydione et d'arrêter les perfusions. Il n'y a pas eu de rechute.
				9	2°) Arrêt perfusions Méprobamate 0,40 g I.M ttes les 3 heures (2J)		+	+	o	++	+	o	40,1	164	14/8	+	+	Hyperthermie	
				10	Diminution progressive pendant 5 jours		+	o	o	o	o	o	37,5	84	12/8	o	o		
				11	3°) Cure desintoxication														
OBS N° 10 TOU... Marcel 44 ans comptable 10/8/61	Amputé de guerre (bras g.) adressé pour " D.T. "	D.T. franc Mauvais E.G. Amaigri Cirrhose compensée Polynévrite des membres inf. Congestion des bases pulmonaires	Urines : S. 0 A. 0 Sang : Urée 0,37g pour 1000 T.P. 49%	10	1°) Vitaminothérapie B.P.P.		+++	++	+++	+++	+++	++	39,8	120	13/7	+++	+++		Délirium franc vite guéri par le Méprobamate en I.M. 4 gr 80 par 24 H. A noter une chute de T.A. de 4 cm Hg bien combattue par 20 mmgr par 24 H d'acétate de desoxycorticostérone. La réhydratation a été inutile, le malade buvait.
				11	Antibiothérapie Foie lyophilisé I.M. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 3 heures - les 6 heures	Chute T.A									10/8				
				14	Diminution progressive		+	o	o	o	o	o	37,7	82	12/7	o	o		
				17	2°) Cure desintoxication Antibiothérapie	A.T. en	24H	36H	14H	48H	24H	1H				10H	15H		

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat cliniqué à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complica- tions et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions générales
OBS N° II CHIS.. 34 ans charbon- nier I2/8/6I ANGOULEME	Cure de desintoxica- tion en 54 Polytrauma- tisé Transféré de Girac pour "desintoxi- cation "	D.T. franc Cirrhose compensée Polynévrite des membres inf. Mauvais E.G.	Urines : S. O A. O Sang : urée 0,38g par litre T.P. 36 % B.W. négatif L.C.R. nombreuses hématies Albumine 2,32 g par litre Glucose 0,83 g Chlorure 7,48 g Pas de ger- mes E.E.G. plat sans signes pathologi- ques parti- culiers	I2 I3(10H) 20 29	I°) Alcoolothérapie Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les heures Réhydratation I.V. et S/Cuta 2°) Arrêt du traitement n° I Perfusions par Hydroxydione (7J) Vitaminothérapie K _I Antibiothérapie Tonicardiaques (5J) P.L. tous les 2 J 3°) Arrêt des perfusions par hydroxydione et des antibiotiques Vitaminothérapie B.P.P. et K _I Hépatothérapie Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les, 4 H 4°) Cure desintoxication	Aggravati- on considé- rable du D.T. Hyperther- mie Congestion des bases pulm. Raideur de la nuque Signe de Kernig L.C.R. hé- morrhagique Tachyaryth- mie	+++ +++ o	++ +++ +	++++ ++++ +++	+++ +++ o	++ ++ o	+++ +++ o	38,2 41,3 38,8	I20 I52 II0	I4/7 I4/8 I2/7	+++ ++++ o	+++ ++++ o		I°) Délirium grave chez un polytraumatisé où le Méprobamate à la dose de 9 gr 60 par 24 H n'a pas pu faire régresser les troubles. On a été obli- gé de perfuser par l'hydroxydione vers la 20ème heure quand le D.T. s'est compliqué d'une hémorragie ménin- gée qui s'est prolongée environ un mois avec une confusion très intense. 2°) Le Méprobamate à la dose de 2 gr 40 a permis de terminer le traitement après l'arrêt des perfusions
OBS N° I2 COU... Guy 3I ans manoeuvre I5/8/6I COGNAC	Traumatisme avec éclate- ment de la rate en I954 Transféré de l'hôpital de COGNAC où il était pour cure de hernie	D.T.	Urines : S. O A. O Sang : urée 0,37g par litre T.P. 60%	I5(I2H) I5(22H) I7(I8H) I9	I°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 3 Heures Réhydratation 2°) Arrêt Méprobamate Perfusions I.V. Hydroxydione 3°) Arrêt des perfusions Antibiothérapie (4J) Méprobamate 0,40 g I.M ttes les 2 heures 4°) - les 4 heures (IJ) Diminution progressive en 5 jours Cure desintoxication	Aggravati- on du D.T. Encombre- ment trachéo- bronchique	+++ ++++ ++ o	++ +++ +	++++ ++++ ++	++++ ++++ o	++ ++ o	++ +++ o	39,2 39,6 40,3 37,5	I20 I20 I08 88	I3/8 I3/8 I5/9 I2/7	++++ ++++ +	++ ++++ o		I°) D.T. chez un opéré qui s'est aggravé mal- gré 4 gr 80 par 24 H de Méprobamate. Nécessité de perfuser par l'hydroxydione. 2°) On a pu arrêter les perfusions 48 H après lors de l'hyper- thermie grave à 4 gr 80 par 24 H de Méprobamate qui a pu éviter la rechu- te. 3°) Bonne tolérance du Méprobamate.

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complica- tions et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Dehydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales	39
OBS N°13 DAG... Marcel 46 ans cultiva- teur 16/8/61 BLANZAC	Convulsions dans l'en- fance. Débilité Cure desinto- xication en 1960 transféré de l'hôpital de Barbozieux où il était pour épilepsie	Prédélirium Délire de jalousie Signes d'imprégna- tion éthyli- que impor- tants	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,38g par litre T.P.48% E.E.G pas d'anomalies importantes	16 18 20	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Hépatothérapie Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 heures - les 3 heures (IJ) diminution progressive 2°) Cure desintoxication	 A.T. en	++ o	++ o	o o	+++ o	++ o	++ o	37,8 37,2	88 80	13/8 10/7	++ o	o o	 Baisse de T.A. de 3 cm Hg T.A. réta- blie en 12 H par 20 mmgr d'acétate de desoxy- corticosté- rone par 24 H	1°) Prédélirium. Arrêt des troubles par 4 gr 80 de Méprobamate par 24 H. 2°) Baisse de T.A. de 3 cm Hg avec 4 gr 80 de Méprobamate. 3°) Le malade buvait ce qui a évité les perfusions pour le réhydrater. 4°) Il n'a pas fait de crises dans le service. Il s'agis- sait d'une épilepsie toxique.	
OBS N° 14 BAY.. René Carrier 17/8/61 COMBO- LENS 34 ans	Nombreux épisodes pul- monaires. Dé- sintoxication en 58. Adres- sé pour "desintoxica- tion". Depuis la veille " voit et entend les ennemis tirer "	Délirium avec un délire de bataille et de persécu- tion bien systématisé. Signes d'im- prégnation éthylique très mar- qués	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,36g par litre T.P. 48%	17(14H) 17(22H) 19(12H) 23	1°) Vitaminothérapie B ₁ B ₆ I.M. Foie lyophilisé 250 mmgr I.M. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les heures 2°) Perfusions I.V. par Hydroxydione 3°) Arrêt des perfusions Vitaminothérapie B.P.P. Hépatothérapie Antibiothérapie Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 H(IJ) Diminution progressive pendant 4 J. 4°) Cure desintoxication.	 Aggravati- on importante du D.T. Congestion des bases pulmonai- res	+++ ++++ +	++ ++++ +	+++ ++++ o	++ ++++ o	+++ ++++ o	++ ++++ o	38,1 38,4 40,2	96 94 120	14/8 10/6 13/8	++ ++++ ++	++ ++ +	 Chute de T.A de 4cm Hg avec 9gr60 par 24H de Méprobamate	1°) D.T. grave où le Méprobamate à la dose de 9 gr 60 n'a pas suffi pour empêcher l'aggravation. 2°) Les perfusions n'ont été maintenues que 40 H environ, le Méprobamate a suffi à consolider le traitement avec 4 gr 80 par 24 H après l'arrêt de l'Hydroxydione. 3°) Bonne tolérance du Méprobamate.	
OBS N°15 BEG.. Claude 29 ans manœuv- re 11/8/61 ANGOU- LEME	Transféré pour "D.T." de Girac où il était pour fractu- re du poi- gnet droit et du saphoi- de gauche	Prédélirium Mauvais E.G Signes d'im- prégnation accentués	Urines : S. 0 A. 0 Sang : Urée 0,38g par litre T.P. 52%	21 23 25	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Hépatothérapie Antibiothérapie (5J) Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 Heures 2°) Cure desintoxication Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 4 H (IJ) diminution progressive (4J)	 A.T. en	++ o	++ o	+++ o	++ o	++ o	++ o	38,8 38	100 97	12/8 12/8	++ o	o o	 I2H o	1°) Prédélirium peu grave où les trou- bles ont régressé en très peu d'heures avec 4 gr 80 de Mépro- bamate par 24 H. 2°) Bonne tolérance du Méprobamate.	

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoi- re	Dates et Heures (H)	Traitements	Complica- tions et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 16 GUI... Marcel 36 ans cultiva- teur 24/8/61 MATHA	Délirium en 60 Transféré de l'hôpital de COGNAC pour " D.T. "	D.T. Ronchus dans les deux champs pulmonaires	Urines : S. O A. O Sang : Urée 0,35g par litre T.P. 92 %	24 26 27(22H) 28 29 I/9	1°) Perfusion par Hydroxydione Antibiothérapie(7J) 2°) Arrêt des perfusions Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 3 heures - les 2 heures 3°) Arrêt Méprobamate Perfusions Hydroxy- dione 4°) Arrêt de l'Hydroxydione Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 3 heures - les 5 heures diminution progressive 4 J Cure desintoxication	Rechute du D.T.	+++ + +++ ++++ + +	+++ + +++ +++ + +	+++ + +++ ++++ + +	+++ ++ +++ ++++ + +	+++ ++ +++ +++ ++ o	+++ o +++ +++ ++ o	39,1 38,2 38,9 39 39,1	104 88 108 112 112	16/9 14/8 13/8 11/8 14/8	+++ + +++ +++ + o	+ o ++ ++ o o	Baisse de T.A. de 3cm Hg avec 4gr 80 de Méprobamate T.A. bien rétablie (1m98-131 Kgs) la dose par 10 mmgr d'acétate de desoxycorti- costérone	1°) Devant la gravité du D.T. on a perfusé d'emblée par l'Hydro- xydione. 2°) 4 gr 80 de Méproba- mate par 24 H. ont été insuffisants pour gué- rir le malade. Une re- chute s'est amorcée nécessitant de nouvel- les perfusions par l'Hy- droxydione. Il s'agis- sait d'un géant (1m98-131 Kgs) la dose était peut-être insuf- fisante. 3°) Le Méprobamate a suffi pour éviter les rechutes secondaires. 4°) Petite baisse de T.A.
OBS N° 17 BRE.. Robert employé Service des eaux I/9/61 ANGOULEME 49 ans	Transféré de Girac " pour D.T. " où il était à la suite d'un accident avec traumatismes multiples	D.T. Cirrhose compensée Polynévrite des membres inférieurs Mauvais E.G.	Urines : S.O A. O Sang : urée 0,49 g par litre T.P. 39 %	I 3 5 7	1°) Antibiothérapie (7J) Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 heures 2°) - - 5 heures 2 j) Cure desintoxication 3°) Méprobamate 0,40g I.M. comprimés ttes les 4 heures (4J)	A.T. en	+++ + o	+++ + o	+++ o o	+++ o o	+++ o o	39,6 38,2 37,2	I22 104 92	I2/7 I2/7 11/6	+++ o o	++ o o	24H 15H	1°) D.T. franc chez un traumatisé en mauvais E.G. très vite guéri par 4 gr 80 de Méproba- mate par 24H. La réhydratation en perfusions était inuti- le. 2°) Le Méprobamate a été très bien supporté. 3°) Les comprimés de Méprobamate 2 gr40 par 24 H ont permis de terminer le traitement.	
OBS N° 18 BRI.. Roger 52 ans cultivateur 5/9/61 ROUILLAC	Tentative de desintoxica- tion à domi- cile en 1959 Adressé pour " troubles mentaux alcooliques"	Prédélirium Cirrhose compensée	Urines : S. O A. O Sang : Urée 0,48 g par litre T.P. 54%	5(14H) (20H) 6(9H) (18H) 15 16(4H20)	1°) Réhydratation S/Cuta Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 Heures 2°) Perfusion par Hydroxydione Arrêt Méprobamate 3°) Arrêt Hydroxydione Réhydratation I.V. Antibiothérapie(5J) Méprobamate 0,40g I.M. ttes les heures - les 3 heures Ouabaine+diurétiques + Deltacortisone	Aggravation du D.T. en D.T. gra- ve. Encom- brement trachéobron- chique Oedème aigu pulmonaire Oedème impor- tant des membres inf. Décédé brusquement	++ ++++ ++ ++ +	+ ++++ + + ++	+ ++++ o + ++++	+++ ++++ +++ +++ +	+++ +++ o o +	39,6 40 40,3 41,3	I20 I20 I40 II/6	I3/8 I4/8 I3/8 II/6	++ +++ ++ ++++	++ ++++ ++ ++++	Hyperthermie	1°) Prédélirium vite aggravé en D.T. malgré 4gr80 par 24H de Méprobamate. 2°) l'Hydroxydione est très mal tolérée. 3°) On est alors obligé de recourir au Méproba- mate qui n'apporte qu'une sédation de l'agitation mais est incapable de faire cé- der le D.T. malgré la dose de 9 gr 60. Le D.T. évoluera en IOJ vers des complications et la mort	

	Antécédents Causes déclanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complicati- ons et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traite- ment	Conclusions Générales
OBS N° 19 LHO.. Jean 30 ans employé de chai 5/9/61 COGNAC	D.T. en Janvier 1961 adressé pour "D.T."	Prédélirium Etat dépressif	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,38g par litre T.P. 48%	5 7 9	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 heures - 3 heures (IJ) Diminution progressive (3J) 2°) Cure desintoxication		+++ +	++ o	o o	++ o	++ o	++ o	37,6 37	108 88	14/9 12/7	++ o	o o		1°) Prédélirium très vite guéri par 4,80 gr par 24 H de Méprobamate en I.M. 2°) Pas d'incidents secondaires dûs au traitement. 3°) La réhydratation par perfusions a été inutile.
OBS N° 20 LAB.. Robert 42 ans cimentier 25/9/61 SEGONZAC	adressé pour " bouffées oniriques "	Prédélirium Délire à thème matrimonial Tendance à l'Hypomanie	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,41 g par litre T.P. 70 %	25 27 29 3/10	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures - les 3 heures - les 4 heures Halimémazine 20 gtt trois f. par 24H 2°) Arrêt Méprobamate Cure de désintoxica- tion Halimémazine		+++ o	+	+	+	+++ +++	+	37,2 37	80 82	14/7 11/6	o o	o o		1°) Le Méprobamate à la dose de 4 gr 80 par 24 H a suffi pour faire cesser les troubles sauf la tendance hypo- manique qui a persisté environ 3 semaines avec l'halimémazine. 2°) Légère baisse de la T.A. de 2 cm Hg avec 4 gr 80 de Méprobamate
OBS N° 21 JOU.. Albert 33 ans Terrassier 27/9/61 AIGRE	adressé pour " desintoxi- cation à la suite d'état d'agitation"	Prédélirium très agres- sif	Urines : S. 0 A. 0 Urée 0,37g par litre T.P. 72% E.E.G. Subnormal	27 29 1/10	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 2 heures - les 3 heures 2°) - les 4 heures (IJ) Diminution progressive 3 jours Cure desintoxication		++ o	+	+++ o	+	+++ o	++ o	37,4 36,8	118 74	18/8 14/8	o o	o o		1°) Prédélirium chez un sujet ayant un E.E.G. douteux très vite stoppé en moins de 24H par 4 gr 80 de Méproba- mate par 24H. 2°) Baisse de T.A. de 4 cm Hg avec 4,80 g de Méprobamate mais le malade était agité.
OBS N° 22 PRO.. Marcel 39 ans cultivateur 14/10/61 RUFFEC	Adressé pour " prédéli- rium "	Prédélirium	Urines : S. 0 A. 0 Sang : Urée 0,29g par litre T.P. 57%	14 17 20	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 3 heures - les 4 heures (2J) 2°) Cure desintoxication		++ o	++ o	+++ o	+	++ o	+	37,8 36,9	98 79	13/8 11/6	++ o	o o	Baisse de T.A. avec 3,20g de Méprobamate de 2 cm Hg	1°) Prédélirium guéri en quelques heures par 3 gr 20 de Méprobamate par 24 H en I.M. 2°) Légère baisse de T.A. vite rétablie à la normale par 10 mmg d'acétate d'Hydrocorti- costérone par 24H

	Antécédents Causes déclanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	TRAITEMENTS	Complications et Arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 23 BAS.. James 30 ans Soudeur 14/10/61 BARBEZIEUX	Adressé d'urgence pour "délire éthylque avec scandale sur la voie publique	Prédélirium Idées de suicide	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,32g par litre T.P. 67%	14 17 20	1°) Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40 gI.M ttes les 2 heures 2°) - les 3 Heures(IJ) Diminution progressive (7J) 3°) Cure desintoxication		++ o	o o	++ o	+++ o	+++ o	++ o	37,3 37,3	84 87	II/7 II/6	o o	o o		1°) Prédélirium très vite guéri avec 4,8 g de Méprobamate par 24 H. 2°) Bonne tolérance du Méprobamate.
OBS N° 24 GAU.. Eugène 54 ans manoeuvre 14/10/61 LA COURONNE	D.T. en 56 Transféré de Cirrhose où il était pour luxation traumatique de l'épaule g.	D.T. actif Cirrhose atrophique Oedème des membres inf. Mauvais E.G.	Urines S. 0 A. 0 Sang : urée 0,51 g par litre T.P. 39 %	14 17 20	1°) Vitaminothérapie B.PP Hépatothérapie Corticothérapie 15 mmgr par 24H(7J) Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 Heures - les 3 Heures(IJ) Diminution progressive (6J) 2°) Cure desintoxication		+++ o	++ o	++ o	+++ +	+++ o	++ o	38,7 37,3	120 87	I3/8 II/6	++ o	++ o	Petite baisse de T.A. de 2cm Hg avec 4,8 g de Mé- probamate par 24H	1°) D.T. actif chez un traumatisé cirrhotique en mau- vais E.G. Guéri par 4,80g par 24H de Méprobamate. 2°) Légère baisse de T.A. de 2 cm Hg 3°) Le malade buvait dès son entrée; la réhydratation par perfusions a été inutile.
OBS N° 25 COU.. Henri 31 ans 21/10/61 RUEPEC ouvrier agricole	Adressé pour " prédéli- rium après excès des vendanges"	Prédélirium Cirrhose compensée	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,31 g par litre T.P. 68 %	21 23 25	1°) Vitaminothérapie B.PP Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures - les 4 heures (IJ) diminution progressive (4j) 2°) Cure desintoxication		+++ o	o o	++ o	++ o	+++ o	++ o	37,8 37,8	98 90	I2/6 II/6	++ o	o o		1°) Prédélirium sto- ppé en quelques heu- res par 4gr80 de Mé- probamate par 24H. 2°) Pas d'incidents dûs au traitement 3°) La réhydratation a été inutile.
OBS N° 26 COL.. Fernand 41 ans Inutilisé du travail 22/10/61 ANGOULEME	Amputé de la main droite. Cure desin- toxication en 53. Transféré de la clinique S.T.C où il était pour coxarthrose et cirrhose	Prédélirium Très mauvais E.G. Anorexie importante	Urines : S. 0 A. 0 Sang.: urée 0,35 g par litre T.P. 34 %	22 23 au 24 27(I2H) 29	1°) Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40gI.M. ttes les 2 heures Réhydratation s/cuta 2°) Perfusions Hydroxy- dione 3°) Arrêt Hydroxydione Antibiothérapie Méprobamate I.M. ttes les 3 Heures - les 4 Heures Diminution progressive (6J) 4°) Cure desintoxication		+++ +++	+++ +++	o +++	++ +++	+++ +++	++ +++	36,5 38,2	90 98	I4/9 I2/6	+++ +++	++ +++		1°) Prédélirium chez un cirrhotique en mauvais E.G. aggra- vé en 24 H en D.T. malgré 4 gr 80 par 24 H de Méprobamate. 2°) Le Méprobamate à 3 gr20 par 24H a permis d'éviter les rechutes du D.T. lors de l'arrêt des perfusions par l'hy- droxydione pour hy- perthermie et encom- brement trachéobron- chique.

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complicati- ons et Arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions générales
OBS N° 27 LA.. Etienne cultivateur 18/10/61 BLANZAC 44 ans	Interne pour désintoxica- tion en 55 Adressé pour "prédé- lirium"	Prédélirium Signes d'in- toxication éthylque importants	Urines : S. 0 A. 0 Sang :urée 0,29g par litre T.P.55%	18 22 (20H) 25 (12H) 27 31	1°) Vitaminothérapie B.PP Alcoolothérapie I.V. Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures 2°) Arrêt Méprobamate Perfusions par Hydroxydione 3°) Arrêt Hydroxydione Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 Heures - - 3 heures Diminution progressi- ve (6J) 4°) Cure desintoxication	Aggravation en D.T.	+++ +++ +	+++ +++ o	o +++ +	++ +++ +	++ ++ o	+	37,5 38,2 39,1	88 100 118	I3/8 I5/8 I4/8 10/6	++ ++ +++	o ++ +	Hyperthermie Encombrement trachéobron- chique	1°) Prédélirium qui malgré 4 gr 80 par 24H de Méprobamate n'a cessé de s'aggraver en D.T. 24 H après son entrée nécessitant l'hydroxydione. 2°) Le Méprobamate a permis d'arrêter 60H après les perfusions par l'Hydroxydione au moment où l'hyperther- mie et l'encombrement s'installaient. 3°) Chute de T.A. de 3 à 4cms Hg avec 4gr 80 par 24H de Méprobamate
OPS N° 28 TAS.. Henri 61 ans retraité C.N.C.F. 24/10/61 ANGOLEME	D.T. grave en 1952 Adressé pour " D.T."	D.T. d'em- blée grave Cirrhose décompensée oedème ascite Affaiblisse- ment psychi- que impor- tant	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,32 g par litre T.P. 38 % L.C.R. I lympho par mm3 Albumine 0,17 g par litre Glucose 0,61 g par litre Chlorures 7,49 g par litre	24(18H) 25 29 I/II 17	1°) Vitaminothérapie BPP Réhydratation Corticothérapie par os. Méprobamate 0,40g I.M ttes les heures 2°) Arrêt Méprobamate Perfusions Hydroxydione Deltacortisone (15mmg) 3°) Arrêt Hydroxydione Antibiothérapie (8J) Méprobamate 0,40g I.M ttes les 3 heures - les 4 heures (8J) Diminution progressi- ve (10J) 4°) Parachlorophénoxyacé- tate de diméthylami- noéthyle 0,75 g par 24 H.	Aggravati- on du D.T.	++++ ++++ +	+++ ++++ +	+++ ++++ o	++++ ++++ o	+++ +++ o	+++ +++ o	38,8 39,9 40,5	84 112 114	I4/8 I4/8 I3/8	+++ ++++ +	++ +++ o	Hyperther- mie Encombrement trachéobron- chique	1°) D.T. grave chez un vieil éthylique caracté- ristique avec affaiblisse- ment psychique et physique qui s'est encore aggravé malgré 9,6 g par 24 de Mépro- bamate en 15H. Nécessi- té de perfusions par l'hydroxydione. 2°) Après 4J de perfu- sions au moment des complications produites par l'hydroxydione en a pu prendre le relai par le Méprobamate à la dose de 3,2 g par 24H ce qui a évité sûrement la mort chez ce malade en mauvais E.G. 3°) La confusion n'a cédé qu'après un mois de traitement par le parachlorophénoxyacétate de diméthylaminoéthyle 4°) Pas d'incidents secondaires dus au traitement.

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'en- trée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complicati- ons et Arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsa-tion/Minute	T.A.	Sueurs	Réhydratation	Incidents dû au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 29 RAT.. Julien 60 ans employé Ville 2/II/6I ANGOULEME	Transféré de Girac où il était depuis 2J après traumatisme crânio- cérébral " pour desin- toxication"	Signes d'imprégna- tion alcoolique évidents	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,38 g par litre T.P. 52%	2 6 9 II	1°) Début de cure de desintoxication Chlorpromazine 75mg 2°) Arrêt du traite- ment n° I Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 H les 4H(IJ) Diminution progres- sive (7J) 3°) Cure desintoxicati- on	Prédélirium	++	o	o	o	o	+	37,5	85	I2/7	o	o		1°) Cure desintoxica- tion compliquée d'un prédélirium à potu suspensio 4J après son entrée. 2°) Prédélirium vite guéri par 3,20 g par 24 H de Méprobamate Le malade n'a cessé de boire ce qui a évité les perfusions. 3°) Bonne tolérance du Méprobamate.
OBS N°30 MAUR.. Alcide 61 ans ouvrier agricole IO/II/6I LA COURON- NE	Adressé pour " cure de desintoxica- tion éthyli- que "	en état d'ébriété légèrement confus	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,49 g par litre T.P. 65%	IO(I8H) II(9H) I4	1°) Début de cure de desintoxication Chlorpromazine I.M 75 mmgr par 24H 2°) VitaminothérapieBPP Méprobamate 0,40gI.M ttes les 3 heures - - 4 heures (IJ) Dimution progressi- ve (2J) Cure desintoxicati- on	Aggravation en prédéli- rium	++	+	+++	+++	++	++	38	IO2	I2/7	+	o		1°) Cure desintoxica- tion compliquée d'un prédélirium à allure très évolutive 2°) Prédélirium vite guéri par 3,2 g par 24 H de Méprobamate 3°) La réhydratation par perfusions a été inutile. 4°) Bonne tolérance du Méprobamate.
OBS N° 3I CRE.. Georges 29 ans cultiva- teur IO.II.6I CONFOLENS	Transféré pour D.T. de Girac	D.T. franc	Urines : S.O. A. 0 Sang : urée 0,3Ig par litre T.P. 85%	IO I2 I4	1°) Vitaminothérapie BPP Réhydratation s/cuta Méprobamate 0,40gI.M ttes les 2 heures 2°) - les 3 heures(IJ) Diminution progres- sive (7J) 3°) Cure desintoxicati- on		++	+++	+++	++++	+++	++	38,2	92	I4/9	+++	+		1°) D.T. dont les troubles ont disparu en 48H environ par 4gr80 par 24 H de Méprobamate. 2°) Nécessité de réhydrater par perfusions 3°) Bonne tolérance du Méprobamate.

	Antécédents Causes déclanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complica- tions et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dus au traitement	Conclusions Générales
OBS N°32 TAI.. Marcel 52 ans Journalier Agricole 11/11/61 RUFFEC	Transféré de Girac pour " D.T." où il était depuis une semaine pour fracture du bassin	Prédélirium Très mauvais E.G. Amaigri Congestion des bases pulmonaires	Urines : S. 0 A. 0 Sang :urée 0,54g par litre T.P. 68%	11	1°) Vitaminothérapie BPP Antibiothérapie (8J) Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures - les 4 heures		++	+	+++	+	+	+	39	124	15/9	+++	+		1°) Prédélirium chez un traumatisé en très mauvais E.G vite amélioré par 3,2 g par 24H de Méprobamate en I.M 2°) Rechute en D.T. correspondant à une diminution importan- te du Méprobamate. 3°) Rechute guérie par 3,20 g par 24H de Méprobamate. 4°) Le malade a pu se réhydrater nor- malement sans per- fusions. 5°) Bonne tolérance du Méprobamate.
				14			o	o	o	o	o	o	37,2	80	12/7	o	o		
				15	2°) - les 12 heures Cure desintoxication														
				16	3°) Arrêt de la cure de desintoxication Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures	Rechute en D.T. Très mauvais E.G. Anémie hypo- chrome (2.900.000 GR HB 60%) améliorée par la férothéra- pie	+++	++	+++	+++	+++	++	38,1	92	13/7	+++			
				18 21	4°) - les 6heures (2J) diminution progressive (8J) Cure desintoxication		o	o	o	o	o	o	37,1	76	13/7	o	o		
OBS N°33 MAR.. Albert ouvrier agr; 14/11/61 BLANZAC 41 ans	interné en 56 comme alcoolique dangereux adressé pour " desin- toxication"	Prédélirium Signes d'impré- gnation éthylque très accentués	Urines : S. 0 A. 0 Sang:urée 0,49 g par litre T.P. 39 %	14	1°) Vitaminothérapie BPP Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures - les 3 heures		++	+		++	++	++	37,9	96	16/9	+	o		1°) Prédélirium sans tendance évolutive guéri en moins de 24H par 4,80g de Méprobamate en I.M. par 24 H. 2°) La réhydratation par perfusions a été inutile. 3°) Petite baisse de T.A. de 2 à 3 cm Hg non inquiétante.
				16 18	2°) Cure desintoxication Méprobamate 0,40g I.M. deux fois par 24H (3J)		o	o		o	o	o	37	82	13/7	o	o		
						A.T. en	24H	12H		12H	24H	12H	24H	24H					

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complicati- ons et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traite- ment	Conclusions générales
OBS N°34 POR.. Norbert 58 ans charbon- nier 19/II/61 ANGOULEME	Coeur pulmo- naire chroni- que adressé " pour pré- délirium"	Prédélirium Arythmie complète Ronchus dans les deux champs pulmonaires Cirrhose en voie de compensa- tion oedème des membres inf.	Urines : S. 0 A. 0 Sang :urée 0,33g par litre T.P.36% V.S 5Imm Ière heure	19 21 28	1°)Vitaminothérapie B.P.P Antibiothérapie Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures Digitaliques C. Diurétiques Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures(IJ) Diminution progressive (I2J) 2°)Cure desintoxication		+++ +	+++ +	++ o	+++ o	++ o	38,8 37,4	105 84	21/10 17/8	++ o	o o			1°)Prédélirium guéri avec 4,8 g par 24H de Méprobamate en I.M. 2°) L'hypertension est restée assez élevée malgré le Méprobamate 3°) La réhydratation par perfusions a été inutile. 4°) Bonne tolérance du Méprobamate
OBS N° 35 DAV.. Henri 41 ans cultiva- teur 28/II/61 JARNAC	D.T. en 60 Adressé pour "délire alcoolique aigu avec pour origine un conflit familial"	Prédélirium Congestion des basés pulmonaires Affaiblisse- ment psychi- que	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,38 g par litre T.P. 56% V.S. 4Imm Ière heure	28 4/I2 6	1°)Vitaminothérapie B.P.P Antibiothérapie Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures " les 4 heures(2J) Diminution progressive (4J) 2°)Cure desintoxication		+++ o	+++ o	++ o	+++ o	++ o	37,4 36,8	100 88	14/8 11/7	++ o	o o		Petite bais- se de T.A. de 3cm Hg avec 3,20g de Méproba- mate	1°)Prédélirium guéri par 3,20g par 24H de Méprobamate en I.M. 2°) Petite baisse de T.A. de 3 cm Hg
OBS N°36 CAI.. René 49 ans cultiva- teur 30/II/61 AIGRE	Adressé pour " D.T. après une fièvre grippale"	D.T. actif Début de polynévrite des membres inf. Hépatalgie Délire assez bien systématisé	Urines : S. 0 A. 0 Sang :urée 0,48 g par litre T.P. 65 %	30 3/I2 5 7	1°)Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures - les 4heures (2J) Diminution progressive (3J) 2°)Cure desintoxication		++++ +	++ o	++ o	++++ +	++ o	37,4 38,1 37,1	82 94 76	15/9 11/6 13/6	+++ o o	o o o		Petite bais- se de T.A. de 3cmHg T.A.rétablie à la norma- le par 20 mmg d'a- cétate de desoxycor- ticostérone	1°)D.T. avec tendances évolutives guéri avec 4,8g par 24H en I.M. de Méprobamate. 2°)La réhydratation par perfusions a été inutile. 3°) Petite baisse de T.A. de 3cm Hg avec 4,8 g de Méprobamate par 24Heures
OBS N°37 LA... Albert 51 ans chauffeur chaudière 7/12/61 ANGOULEME	Adressé pour " desintoxi- cation "	Prédélirium	Urines : S. 0 A. 0 Sang:urée 0,31g par litre T.P. 42%	7 10 12	1°)Vitaminothérapie B.P.P Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures - les 4 heures Alimémazine 2°)Méprobamate 0,40 g I.M. ttes les 8 H (IJ) diminution progressive (3J) Cure desintoxication		+++ o	++ o	+++ o	++ o	++ +	38,2 37	112 82	13/8 13/8	++ o	o o			1°)Prédélirium qui a cédé en moins de 24H avec 4,8g par 24H de Méprobamate. Persis- tance de l'insomnie nécessitant l'Alimé- mazine. 2°)Bonne tolérance du Méprobamate. 3°)Les perfusions ont été inutiles.

	Antécédents Causes déclanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complications et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dus au traitement	Conclusions générales
OBS N°38 LED.. Michel 21 ans ouvrier agr. 6/1/62 SEGONZAC	Débile mental entre pour "desintoxication"	Prédélirium Fabulation Signes d'intoxication importants	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,32 g par litre T.P. 70%	6(12H) (20H) 9 12 17	1°) Vitaminothérapie B.P.F Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 Heures 2°) Perfusiones par Hydroxydione 3°) Vitaminothérapie B.P.F Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 2 heures - les 4 heures(1J) Diminution progressive (5J) 4°) Cure desintoxication	Aggravation en D.T. grave	+++ ++++ ++	+++ ++++ +	++ ++++ o	++ ++++ ++	+++ ++++ o	++ +++ o	36,6 38,9 39,7	104 120 112	17/10 15/9 13/7	++ ++++ ++	o ++ o	Hyperthermie	1°) Le Méprobamate à la dose de 4g80 par 24H n'a pas empêché le prédélirium d'évoluer en D.T. grave chez un malade très jeune. 2°) Le Méprobamate à 4g80 par 24H a permis d'arrêter très tôt les perfusions et d'éviter les rechutes. 3°) Bonne tolérance du Méprobamate.
OBS N°39 VER.. Pierre 76 ans cultivateur 8/1/62	Adressé pour "D.T. déclenché par un épisode bronchique banal "	Prédélirium signes d'intoxication éthylque très marqués Ronchus dans les deux champs pulmonaires	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,58g par litre T.P. 39%	8 11 13 16	1°) Vitaminothérapie B.P.F Antibiothérapie (7J) Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures - les 2 heures - les 4 heures(2J) Diminution progressive (4J) 2°) Cure desintoxication	Ebauche d'évolution en D.T. A.T. en	++ ++ o 4J	++ ++ o 4J	+++ +++ o 3J	++ ++ o 4J	++ ++ o 3J	37,6 38,8 37,4	98 108 90	14/7 13/8 10/5	++ ++ o 3J	o o o	Baisse de T.A. de 4cm Hg avec 4,8g par 24H de Méprobamate		1°) Prédélirium qui a trainé dans son évolution sous 3,20g par 24H de Méprobamate. 2°) Ebauche d'évolution en D.T. nécessitant 4,80g par 24H de Méprobamate. 3°) Baisse de T.A. de 4cm Hg 4°) Les perfusions ont été inutiles.

	Antécédents Causes déclanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et heures (H)	Traitements	Complications et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Dehydratation	Incidents dus au traitement	Conclusions générales
OBS N° 40 DES.. Fernand 52 ans ouvrier boulangier 22/9/61 et 10/1/62 JARNAC	D.T. en 1956 D.T. en 1960 Adressé le 2/9/61 pour " D.T. avec état de mal épileptique"	22/9/61 : crises convulsives (2) Teint plombé Cirrhose en voie de décompensation	Urines : S. O A. O Sang :urée 0,40g par litre T.P. 32 %	22 25	I°)Phényléthylmalonylurée IO og en I.M. Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures 2°) - les 6heures (IJ) Diminution progressive (2J) Cure desintoxication	A.T. en	++ o	++ o	++++ o	++++ o	+++ o	++ o	39,2 37	II2 86	I4/9 II/6	+++ o	++ o	Baisse de T.A. de 3cm Hg vite rétablie par 20 mggr d'acétate de desoxy- corticostérone par 24H	I°)Malade en mauvais E.G. et en état de mal épileptique, faisant un D.T. vite guéri par 3,20g I.M. de Méprobamate par 24H. 2°)La réhydratation par perfusions a été inutile. 3°)Petite baisse de 3 cm Hg 4°) L'E.E.G. était normal, l'épilepsie était toxique
		10/1/62 Etat de mal épileptique D.T.	Urines : R.A.S. Sang :urée 0,39g par litre T.P. 34%	10 I2 I3 I5 I7(9H) I9 2I	I°)Phényléthylmalonylurée dix centigrammes en I.M Vitaminothérapie B.P.P. Réhydratation s/cuta Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures - les 4 heures - les 2 heures 2°)Arrêt Méprobamate Perfusions Hydroxydione 3°)Arrêt Hydroxydione Vitaminothérapie B.P.P. Antibiothérapie (8J) Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures - les 4 heures(IJ) Diminution progressive (3J) 4°)Cure desintoxication	Ebauche d'aggravation Aggravation en D.T.grave	+++ + ++ +++ +	++ + ++ +++ +	++++ ++ +++ ++++ ++	++++ ++ +++ ++++ ++	+++ + ++ +++ +	++ o + +++ o	38,6 37,2 38 39,2 40,2	II0 92 94 I00 II2	I4/9 I2/7 I3/7 I4/8 I3/7	+++ + ++ +++ ++	++ o ++ ++ o	Encombrement trachéobronchique Hyperthermie	I°)Même état de mal épileptique toxique qu'au précédent séjour d'abord très vite amélioré par 3,20g par 24H de Méprobamate. 2°)Ebauche d'aggravation lors de la diminution à 2,4g par 24H de Méprobamate. Cette aggravation n'a cessé d'évoluer même avec 4,8g par 24H. Nécessité de perfuser par l'Hydroxydione. 3°)Le Méprobamate à la dose de 3,20g par 24H a permis d'arrêter les perfusions lors de l'hyperthermie et de l'encombrement et d'éviter les rechutes 4°)Le malade n'a pas fait de nouvelles crises

	Antécédents Causes dé- clanchantes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Datés et Heures (H)	TRAITEMENTS	Complicati- ons et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 41 VIL.. Albert 54 ans marchand bestiaux 18/1/62 ANGOULEME	Adressé par la force pu- blique pour "Etat d'agi- tation et d'énervement"	D.T. Délire à thème de persécution assez bien systématisé	Urines : S.O A.O Sang:urée 0,37g par litre T.P. 71%	18 21 24	1°) Vitaminothérapie B.P.P Réhydratation s/Cuta et I.V. Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures - les 3 heures (2J) Diminution progressive (4J) 2°) Cure desintoxication		++ o	++ o	++++ ++	+++ +	++ +	+++ o	37,9 37	104 90	16/9 12/6	++ o	+ o		1°) D.T. qui a cédé en moins de trois jours par 4,8 g par 24H de Méprobamate. 2°) On a été obligé de réhydrater par perfu- sions devant le refus de boire. 3°) Baisse de T.A. de 4cm Hg par rapport à l'entrée mais il était agité.
OBS N° 42 GRE... Pierre 80 ans retraité S.M.C.F. 15/1/62 LA ROCHEFOU CAULD	transféré de la clinique S.J où il était pour intervention de cataracte Adressé pour "agitation"	D.T. chez un vieillard en très mauvais E.C Cirrhose en voie de dé- compensa- tion Myocardite éthylque Oedème des membres inf	Urines : S.O A.O Sang : urée 0,62 g par litre T.P. 48%	I5 I6 (18H) (22H) 20(I2H) (18H)	1°) Vitaminothérapie B.P.P Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures 2°) Arrêt Méprobamate Perfusions par Hydroxydione 3°) Arrêt Hydroxydione Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures Vitaminothérapie KI (2J) même traitement +Vitaminothérapie BPP	Aggravation du D.T. Epistaxis important D.C.D. su- bitement. La réanimation a été sans succès	+++ ++++	++ ++	++++ ++++	++ +++	+++ +++	+	37,6 38,1	95 78	I7/8 I3/7	+ +++	o +	Dyspnée très importante avec encom- brement trachéobron- chique nécessitant l'arrêt de l'hydroxydione ne	
OBS N° 43 GAU... Auguste 65 ans cultiva- teur 28/1/62 BLANZAC	Adressé pour "D.T."	D.T. Ronchus dans les deux champs pulmonaires	Urines : S.O A.O Sang :urée 0,35 g par litre T.P. 33%	28 30 3/2	1°) Vitaminothérapie B.P.P Antibiothérapie (5J) Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures - les 3 heures (1J) Diminution progressive (6J) 2°) Cure desintoxication		++++ +	++ o	+	+++ o	++ o	+	38,6 37,5	108 84	I4/8 I2/7	++ o	o		1°) D.T. d'apparence grave vite maîtrisé par 4,80g de Méproba- mate I.M. par 24H. 2°) Les perfusions pour réhydrater ont été inutiles. 3°) Bonne tolérance du Méprobamate
OBS N° 44 LEG.. Paul 49 ans Poudrier 27/2/62 ANGOULEME	Désintoxica- tion en 1957 Adressé pour "état de prédélirium"	Prédélirium	Urines : S.O A.O Sang : urée 0,41g par litre T.P. 74 %	27 I/3 2	1°) Vitaminothérapie B.P.P Méprobamate 0,40g I.M ttes les 3 heures - les 4 heures (1J) Diminution progressive (5J) 2°) Cure désintoxication		+ o	++ o	+++ o	+	+	++ o	37,6 36,8	92 80	I4/8 I3/7	+ o	o		1°) Prédélirium guéri en moins de 24 H par 3,20 g de Méprobamate par 24H. 2°) Bonne tolérance du Méprobamate

	Antécédents Causes déclanchan- tes. Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	TRAITEMENTS	Complicati- ons et arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Dehydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions générales
ORS N°45 CHA.. Maurice 48 ans ouvreur 1/3/62 BOULETTE	Adressé pour " D.T. "	D.T. Mauvais E.G. Anxieux	Urines : S. 0 A. 0 Sang:urée 0,37 g par litre T.P. 64%	I 2(I4H) 4(I8H) 6 8	1°)Vitaminothérapie B.P.P Méprobamate 0,40 g I.M ttes les 2 heures 2°)Arrêt Méprobamate Perfusions Hydroxy- dione 3°)Arrêt Hydroxydione Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures - les 4 heures(IJ) Diminution progres- sive (6J) 4°)Cure desintoxication	Aggravation du D.T.	+++ ++++ + o	+++ ++++ + o	++ +++ o o	+++ +++ + o	++++ ++++ + o	++ +++ o o	38 38,4 39,1 38 37,1	112 98 94 92 97,1	15/8 12/7 14/7 12/7 10/8	+++ +++ o o o	o ++ o o o	Hyperthermie	1°)Le Méprobamate à la dose de 4,80g par 24H n'a pas empêché le D.T. de s'aggraver et de nécessiter les per- fusions par l'hydroxydi- one. 2°)Quand le malade était très amélioré le Mépro- bamate (4gr60 par 24H pendant 2J et à diminu- tion progressive) a per- mis d'arrêter l'hydro- xydione et d'éviter des complications et rechutes. 3°)Bonne tolérance du Méprobamate
ORS N° 46 MUG.. Edgard 66 ans Cultivateur 5/3/62 BOUILLE	D.T. en 1960 Adressé pour "Etat de D.T. et crises convulsives"	Prédelirium à tendance évolutive Cirrhose en voie de dé- compensation tite lame d'ascite	Urines : C. présence à l'entrée A. 0 Sang:urée 0,38g par litre T.P. 45%	6 8 10	1°)Vitaminothérapie B.P.P Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures - les 3 heures(IJ) Diminution progressi- ve (5J) 2°)Cure desintoxication	A.T. en	++ o 10H	+ o 24H	o o 15H	++ o 24H	++++ o 2H	+ o 10H	37,5 37 10H	120 84 10H	12/7 13/7 10H	++ o 10H	o o 10H		1°)Prédelirium guéri en moins de 24H par 4,80g par 24 de Méprobamate 2°)Pas de crises convul- sives dans le service. Epilepsie toxique E.E.G. normal 3°)Bonne tolérance du Méprobamate
ORS N°47 GOD.. Adrien 69 ans cultivateur 9/3/62 AIGRE	Adressé pour "prédelirium"	D.T. Cirrhose compensée Polynévrite des membres inf. Hypertendu Arythmique	Urines : S. 0 A. 0 Sang : urée 0,80g par litre T.P. 51%	9 10 (4H) (I6H) I4 I9 (8H) (I2H)	1°)Vitaminothérapie B.P.P Diurétiques (5J) Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures 2°)Arrêt Méprobamate Perfusions par Hydro- xydione 3°)Arrêt Hydroxydione Réhydratation S/Cuta Antibiothérapie Méprobamate 0,40g I.M ttes les 2 heures Tonicardiaques Méprobamate 0,40g I.M ttes les heures	Aggravation du D.T.	++ ++++ ++ o ++++	++++ ++++ ++ + ++	+++ ++++ ++ + ++	+++ +++ ++ + ++	+++ +++ o o +++	+++ +++ o o +++	38,4 38,2 40,6 38,8 37,9	114 96 40,6 100 87	22/ 12 22/ 13 17/8 14/8 10/8	++ +++ + + +++	o + o o o	Hyperthermie encombrement trachéobron- chique	1°)Délirium chez un cirrhotique cardiaque qui n'a cessé de s'aggraver malgré 4,8 g de Méprobamate toutes les 24H. 2°)Essai de perfusions par Hydroxydione très mal supporté que l'on a dû arrêter. 3°)Même à la dose de 9gr60 par 24H le Mépro- bamate n'a pas pu gué- rir ce D.T. 4°)Le malade est parti en état grave.

	Antécédents Causes déclanchan- tes Histoire de la maladie	Etat clinique à l'entrée	Examens de Laboratoire	Dates et Heures (H)	Traitements	Complicati- ons et Arrêt des troubles (A.T.)	Tremblement	Dysarthrie	Agitation	Confusion	Onirisme	Insomnie	Température	Pulsation/Minute	T.A.	Sueurs	Deshydratation	Incidents dûs au traitement	Conclusions Générales
OBS N° 48 LA... Pierre 49 ans ouvrier agr. 18/3/62 AIGRE	Adressé pour " prédélirium à la suite d'une pneumo- pathie grippale "	D.T. actif Ronchus dans les deux champs pulmonaires Mauvais .E.G.	Urines : S. 0 A. 0 Sang :urée 0,41g par litre T.P. 76%	18 22 23 25 27	1°) Perfusion par Hydroxydione Antibiothérapie (10J) 2°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 4 heures - les 2 heures - les 3 heures (1J) Diminution progressive (4J) 3°) Cure desintoxication	Ebauche de rechute du D.T.	+++ + +++ o	+++ o ++ o	+++ o + o	+++ + ++ +	+++ o ++ o	+++ o + o	38 38,6 39,2 38,1	104 97 98 I2/7	13,7 I2/7 I2/7 I2/7	+++ + ++ o	++ o o o		1°) D.T. très actif qui nous a semblé né- cessaire de perfuser dès son entrée avec l'hydroxydione. 2°) Les troubles ont presque cédé lorsque nous avons pris le re- lais par le Méprobamate à la dose de 3,40g par 24H. Une rechute s'est amorçcée, nécessitant 4,80 g par 24 H qui a fait céder le D.T. 3°) Bonne tolérance du Méprobamate.
OBS N° 49 HYM.. Roger 60 ans marchand bestiaux 8/4/62 LA ROCHE- FOUCAULD	Adressé pour "desintoxica- tion éthyli- que et D.T."	D.T. très actif avec mouvements d'aggripe- ment Subictère généralisé Myocardite éthylique Souffle systolique Oedème des membres inf. Cirrhose en voie de décompensa- tion	Urines : S. 0 A. 0 Sang urée 0,64 g par litre T.P. 72%	8 (IIIH) 9 (I8H) 9 (I8H) 10 (I2H) II 15	1°) Vitaminothérapie B.P.P. Méprobamate 0,80 g I.M. ttes les heures 0,40g ttes les heures - les 2 heures Antibiothérapie (10J) Cardiotoniques (5J) Digitaliques Méprobamate 0,40g I.M. ttes les 3 heures (1J) - les 4 heures (2J) Diminution progressive (8J) 2°) Cure desintoxication	Dyspnée Congestion des bases pulmonaires A.T. en	+++ ++ + o o	+++ ++ + o o	+++ + +++ o o	++++ ++ + o o	++++ o o o o	38,2 38 39,2 37,8 37	104 II0 I20 104 102	18/9 I3/7 II/6 10/6 I2/7	+++ + o o o	++ + o o o	Baisse de T.A. de 8 cm Hg peut-être pas unique- ment due au Méprobamate vu la Myo- cardite	1°) D.T. à allure très grave qui a été attaqué avec une dose massive de 19,20g par 24 H de Méprobamate en I.M. Le malade s'est très vite endormi et les troubles s'amendèrent très tôt ce qui a permis 6 H après de diminuer la dose à 9,6 g par 24 H et à 4,8 par 24 H, 36 heures après l'entrée. 2°) Le malade buvait abondamment ce qui a évitè la réhydratation par perfusions. 3°) Très bonne tolérance locale à dose massive du Méprobamate	

II - RESULTATS DE CETTE THERAPEUTIQUE

Cette série de soixante observations porte sur des malades des deux sexes :

atteints de :	Femmes	Hommes
PREDELIRIUM	Nombre : 5 Observations n° : 3, 5, 6, 7, 9.	Nombre : 25 Observations n° : 2, 3, 6, 8, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 44, 46. Après début de désintoxication Nombre : 1 Observation n° 29.
DELIRIUM TREMENS	Nombre : 5 Observations n° : 1, 2, 4, 8, 10.	Nombre : 24 Observations n° : 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 28, 31, 36, 40(a), 40(b), 41, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 24.

27

Nous verrons successivement :

- les résultats obtenus chez des malades traités avec succès

par

- Le Méprobamate intramusculaire employé seul,
- l'Hydroxydione après aggravation sous traitement par le Méprobamate.

1°) LE MEPROBAMATE INTRAMUSCULAIRE EMPLOYE SEUL avec les
médications de complément (hépatothérapie, vitaminothérapie)
a apporté la guérison à 38 malades des deux sexes

atteints de	Femmes	Hommes
PREDELIRIUM	Nombre : 4 Observations n° 5, 6, 7, 9.	Nombre : 22 Observations n° 2, 3, 8, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 44, 46
DELIRIUM TREMENS	Nombre : 3 Observations n° 1, 4, 10	Nombre : 9 Observations n° 6, 10, 17, 31, 36, 40(a), 41, 43, 49.

Nous avons obtenu les résultats suivants par le traitement d'emblée avec le Méprobamate chez des malades :

atteints de	Femmes			Hommes		
	nombre traité	guéries		nombre traité	guéris	
		nombre	proportion		nombre	proportion
PREDELIRIUM	5	4	80 %	26	22	84 %
DELIRIUM TREMENS	5	3	60 %	20	9	45 %

Nous allons voir le temps qui a été nécessaire pour amener la cédation des troubles sous Méprobamate dans les cas où ce traitement a suffi à apporter la guérison aux malades.

Cédation des troubles sous Méprobamate

Agitation

A.T. en	FEMMES		HOMMES		↑ total
	prédélirium obs. N°	délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Delirium Obs n°	
1 H	5		2		2
2 H	7		25		2
3 H	3		22	43	3
4 H		4	44, 15		3
5 H			20, 23		2
10 H	6		35, 19, 29, 30 34, 37	36, 40(a)	9
15 H			8	10, 31, 24	4
20 H			21		1
24 H		1	32	49	3
30 H			6		1
48 H			3	17	2
4 J		10	39	41	3
					<u>35</u>

Au bout de 10 heures, plus de la moitié des malades étaient calmes

Confusion

A.T. en	FEMMES		HOMMES		TOTAL
	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Delirium Obs n°	
1 à 6 h	7		2		2
10 H	9		15, 21, 22, 25, 32, 33, 35 46	17	9
15 H					1
24 H		10	8, 13, 29, 30, 37, 44, 34		8
36 H			6, 23	43	3
48 H	3, 5, 6	4	3	10, 31, 40(a)	8
3 J			39	36, 41, 49	4
4 J				24	1
5 J		1			1
					<u>37</u>

Au bout de 24 heures, plus de la moitié des malades étaient sortis de leur confusion

Tremblement

A. T. en	FEMMES		HOMMES		TOTAL
	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	
12 H	5, 7	4	20, 44		5
15 H	6		22, 30, 37		4
20 H			35		1
24 H	9		2, 21, 23, 32	10	7
			33		
30 H			25		1
36 H			13, 24, 29	41	4
40 H				49	1
48 H	3			40(a)	2
55 H			34	17	2
3 J		1	3, 19	31, 43	5
4 J			39	36	2
5 J			6		1
					<u>35</u>

Au bout de 36 heures, plus de la moitié des malades n'avaient plus de tremblement.

Dysarthrie

A.T. en	FEMMES		HOMMES		TOTAL
	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	
12 H	5, 9		13, 19, 20, 21 22, 29, 30, 32	43	12
			33		
15 H			15, 37, 35		3
24 H	3, 7	4	24, 44, 46	36	7
30 H			3		1
36 H			2, 8	10, 40(a), 49	5
48 H		10		17, 41	3
3 J			6, 34	31	3
4 J		1			1
					<u>35</u>

Au bout de 24 heures, plus de la moitié des malades étaient guéris de leur dysarthrie.

Onirisme

A.T. en	FEMMES		HOMMES		TOTAL
	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	
12 H	7		2, 21, 29, 30	43	9
24 H	6	1, 4	32, 37, 44 6, 8, 13, 15, 22 23, 25, 33, 34, 46	10, 19	15
30 H	9			40(a)	2
36 H			36	24, 31	3
48 H	3		3	49	3
3 J	5			41	2
4 J		10	39		2
					<u>36</u>

A u bout de 24 heures, plus de la moitié des malades n'étaient plus oniriques.

Insomnie

A. T. en	FEMMES		HOMMES		TOTAL
	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	
1 H	3, 6, 9	4	2, 13, 15, 20 22, 25, 32	10, 43	13
2 H	7		21, 46		3
3 H			23, 29, 34, 44	49	5
4 H			3, 8, 30		3
5 H	5	10		36, 41, 24	5
10 H		1	6	31	3
12 H			19, 33		2
24 H			37, 39	17, 40(a)	4
					<u>38</u>

Au bout de 4 heures, plus de la moitié des malades dormaient.

Température, Pouls, T.A.

Nous établissons une moyenne pour l'ensemble chez chaque malade.

Retour à la normale	FEMMES		HOMMES		TOTAL
	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	
10 H			46		1
1 J			19,21,30 33,44		5
2 J	9		8,29,34,37	41	6
3 J	3		6,2,25,32	24,40(a) 43	8
4 J	5, 7		15	17,31,36	6
5 J			39		1
7 J		1,4,10			3
					<u>30</u>

Au bout de trois jours, plus de la moitié des malades virent leurs : température, pouls et T.A. revenir à la normale.

Sueurs

A. T. en	FEMMES		HOMMES		TOTAL
	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	Prédélirium Obs n°	Délirium Obs n°	
5 H			2		1
10 H			8,15,22,25 29,30,32,34 35,37,44,46	10,40(a) 41,43	16
15 H		1			1
24 H	3, 7		19	17,24,36 49	7
36 H			3, 6		2
48 H	5	4, 10			3
3 J			39	31	2
					<u>32</u>

Au bout de 12 heures, plus de la moitié des malades avaient une transpiration normale.

II°) Dans certains cas, le Méprobamate seul n'a pas suffi :

- Dans 18 cas, le Méprobamate n'a pas empêché l'aggravation dans les 10 à 12 heures qui ont suivi l'entrée. Nous avons dû avoir recours à l'ancienne thérapeutique par les perfusions contenant de l'Hydroxydione.

- Dans 4 cas, devant l'intensité extrême des troubles à l'entrée, nous avons utilisé d'emblée les perfusions avec l'Hydroxydione.

III - COMPARAISON DE NOS RESULTATS THERAPEUTIQUES ACTUELS AVEC L'ANCIEN TRAITEMENT PAR L'HYDROXYDIONE :

1°) Le Méprobamate employé seul a apporté la cédation des troubles chez la moitié des malades traités :

Agitation	en	10 heures
Confusion		24 heures
Dysarthrie		24 heures
Insomnie		4 heures
Onirisme		24 heures
Sueurs		12 heures
Tremblements		36 heures.

et un retour à la normale de : température, pouls, T.A. en 3 jours.

Nous avons donc obtenu une amélioration d'environ 50 % dans la durée de la cédation des troubles par rapport à la thérapeutique par l'Hydroxydione; sauf, qu'avec cet ancien traitement, les malades dormaient, en général au bout d'une heure.

Cette thérapeutique par le Méprobamate, prescrite d'emblée, nous apporté la guérison de 38 malades sur 56, soit 82 %. Chez ces malades, le traitement a été facile à conduire, à surveiller; la tolérance a été parfaite. Nous n'avons observé que quelques baisses de T.A. inférieures à 5 cm de mercure, qui

ont toujours été très vite combattues par des injections intramusculaires d'acétate de désoxycorticostérone.

Dans ces cas, nous avons épargné aux malades les incidents occasionnés par l'hydroxydione. Nous n'avons pas observé de décès sous le traitement par le Méprobamate.

2°) Dans les cas où le Méprobamate n'a pas suffi, il s'agissait de déliriums graves, qui n'ont cessé d'évoluer. Après avoir branché les perfusions par l'hydroxydione, nous obtenions un tableau clinique qui nous était familier :

- Les malades s'endormaient en moins d'une heure, d'un sommeil paisible que l'on maintenait à la limite de l'état de veille, en réglant le débit du perfuseur. Les sueurs profuses, rapidement se tarissaient, la déshydratation disparaissait en moins d'une demi-journée.
- L'évolution de l'accès était en moyenne de 4 jours, avec des extrêmes de 36 heures à 10 jours.

Avant l'emploi du Méprobamate, nous laissions en perfusions ces malades pendant 2 à 10 jours. Actuellement, au bout de 24 à 36 heures, les signes de gravité du délirium se sont amendés; le simple passage aux injections intra-musculaires du Méprobamate permettait de terminer le traitement, d'éviter les rechutes et les complications. Cela nous a permis d'améliorer nos statistiques des décès, qui ne sont plus que de 6,66 % au lieu de 11,6 %.

*

* *

C O N C L U S I O N S

La thérapeutique du prédélirium et du délirium tremens que nous avons pratiquée par le Méprobamate seul et en association avec l'Hydroxydione consiste :

a) A traiter systématiquement et d'emblée tous les malades atteints de prédélirium et de délirium par le Méprobamate en injections intra-musculaires, avec pour médication de complément Vitaminothérapie, hépatothérapie, et réhydratation selon l'état du sujet.

La dose d'attaque de Méprobamate peut varier de 2 à 20 grammes également répartie dans les 24 heures, toutes les heures, les deux heures, les trois heures, ou les quatre heures, en se guidant uniquement sur l'intensité des troubles. Il convient de surveiller étroitement la tension artérielle.

L'antibiothérapie n'est employée que si des signes infectieux l'exigent.

b) A arrêter cette thérapeutique par le Méprobamate, lorsque les troubles n'ont pas cédé ou cessé de s'aggraver dans les 6 à 12 heures suivantes.

Dans ces cas, des doses encore plus massives ont été essayées jusqu'à 25 gr par 24 heures. Elles n'ont pas semblé apporter de changement dans l'aggravation des troubles; les troubles biologiques étaient sûrement trop importants; en particulier, ceux concernant le sodium et le potassium comme l'ont montré COIRAULT et LABORIT. Seul, un traitement spécifique par l'Hydroxydione paraît rétablir l'équilibre biologique qui a été perturbé au moment du délirium.

A ce stade des perturbations biologiques importantes, il semble conseillé d'arrêter le Méprobamate et de retourner à l'ancienne thérapeutique par l'Hydroxydione, quatre grammes dans la première perfusion, puis trois, puis deux grammes, associés aux médications de complément : Vitaminothérapie, Alcoolothérapie et Hépatothérapie.

En général, au bout de un à trois jours, dès que les premiers incidents occasionnés par l'Hydroxydione se manifestent, (hyperthermie, encombrement trachéobronchique, périphlébites), il faut arrêter cette thérapeutique et la remplacer par les injections intramusculaires de Méprobamate à une dose qui peut varier de 2 à 9 gr par 24 heures, en se fixant encore uniquement sur les signes cliniques.

On réduit au minimum le traitement par l'Hydroxydione, et on évite ainsi les incidents et les complications qu'il peut entraîner.

Cette thérapeutique par le Méprobamate seul et associé à l'Hydroxydione a été appliquée à 60 malades atteints de pré-délirium ou de délirium de Juillet 1961 à Mai 1962.

I - Le Méprobamate en injections intra-musculaires seul, avec hépatothérapie, et Vitaminothérapie, comme médication de complément, nous a permis :

a) de guérir : 26 prédéliiriums des deux sexes sur 31 traités; soit environ 80 %.

12 déliiriums tremens des deux sexes sur 25 traités, soit environ 50 %.

b) de transformer :

- l'évolution clinique des cas guéris; puisque en moins de 24 heures plus de la moitié des malades avaient retrouvé leur lucidité, et n'étaient plus oniriques.

- la conduite du traitement, qui est devenue facile.

Cette thérapeutique est sans intolérance locale ou générale. Il n'a été observé qu'un seul abcès. On a parfois noté une légère baisse de la tension artérielle, inférieure à 5 cm de mercure. La tension artérielle a été très vite rétablie à la normale par des injections intra-musculaires de Désoxycorticostérone (acétate).

- l'évolution de certains débuts de cures de désintoxication. Dès que les signes d'imprégnation étaient importants à l'entrée dans le Service, des doses de 2 à 3 gr de Méprobamate en intra-musculaire, par 24 heures, ont été prescrites pendant deux à cinq jours. Ainsi nous avons évité des déliriums a potu suspenso.

- les suites opératoires, ou même de l'hospitalisation de certains éthyliques chroniques. On prévient ainsi le délirium a potu suspenso par des doses de 2 à 3 gr de Méprobamate en intra-musculaire par 24 heures.

II - Le Méprobamate en injections intramusculaires, associé à l'Hydroxydione, avec Hépatothérapie et Vitaminothérapie, nous a permis de réduire au minimum à une durée de un à trois jours les perfusions contenant l'Hydroxydione, c'est à dire, dès l'amendement des troubles du délirium, ou de l'apparition des incidents dûs à cette médication.

Il semble qu'un à deux jours de perfusions par l'Hydroxydione suffisent à rétablir l'équilibre biologique. Le reste du traitement par le Méprobamate ne semble avoir d'intérêt que pour éviter les rechutes.

III - Ainsi, on a pu transformer le pronostic du délirium tremens. L'abaissement de la mortalité est considérable. En effet, elle atteignait sous :

- la strychnothérapie..... 58 %
- les neuroplégiques 29 %
- l'hydroxydione associé à l'hépatothérapie et
à la vitaminothérapie 11,6 %

La mortalité a été de 4, chez les 60 malades traités par le Méprobamate seul et par l'association Méprobamate-Hydroxydione soit 6,66 %

Ces décès concernaient :

- deux vieillards polyscléreux, décédés d'hémorragie cérébro-méningée, vérifiée par la ponction lombaire (une femme de 78 ans, et un homme de 80 ans).
- deux autres sujets en très mauvais état général. L'un était pulmonaire, cirrhotique, avec polynévrite et myocardite. L'autre était porteur d'une cirrhose décompensée et d'une tachyarythmie.

Si l'on tient compte de l'état des malades décédés, atteints de prédélirium ou de délirium tremens, la mortalité a été pratiquement nulle.

Il est alors permis de penser qu'au stade des bouffées confuso-oniriques du prédélirium, le dérèglement est surtout neuropsychique. Les doses importantes d'un tranquillisant très peu toxique, comme le Méprobamate, épargnent au sujet l'anxiété et les stress de la vie, dans un monde dramatique, constitué par l'onirisme. D'autres tranquillisants et des neuroplégyques pourraient sûrement agir avec succès à ce stade.

Par contre, chez ces alcooliques ayant déjà un état général et hormonal précaire, avec troubles neuro-psychiques, si ces stress se prolongent ou atteignent une violente intensité, il s'ensuit un dérèglement bioélectrique plus ou moins important: c'est le délirium tremens.

A ce stade, seul un traitement spécifique pourra rétablir l'équilibre bioélectrique. La thérapeutique devra viser deux objectifs :

- le rétablissement de l'équilibre ionique,
- éviter le retour à l'onirisme dramatique par un tranquillisant ou un neuroplégique.

Cette façon de voir nous semble justifiée par les résultats obtenus avec l'Hydroxydione, qui a une double action : neuroplégique et minéralotrope. Le Méprobamate, employé comme médication de relais, au stade redevenu neuro-psychique, permet d'éviter les rechutes.

*

*

*

Vu, le Président de Thèse :
Professeur L. MICHAUX.

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AJURIAGUERRA J. de : Considérations sur les troubles de la conscience à partir de faits anatomo-cliniques.
Premier Congrès International des Sciences Neurologiques
Dir. P. van Gehuchten. - Deuxième Journée commune. Dir
Sir G. Jefferson, Bruxelles 1957.
- 2 - ALAJOUANINE Th., CASTAIGNE C. et FOURNIER : Biochimie des manifestations encéphalitiques de l'alcoolisme.
Les Echos de la Médecine - Juillet 1956 n° 3.
- 3 - ALAJOUANINE Th. : Les altérations de la conscience causées par les désordres neurologiques.
Premier Congrès International des Sciences Neurologiques.
Dir. P. van Gehuchten. Deuxième journée commune, Dir.
Sir G. Jefferson, Bruxelles 1957.
- 4 - ANGELERGUES R. : Syndrome mental de Korsakow. Etude anatomo-clinique.
Congrès des Psychiatres et Neurologues de France et des Pays de langue française. Strasbourg 1957. Masson
Paris 1958/59.
- 5 - AVOL M. et VOGEL P.J. : Treatment of delirium tremens with reserpine (Serpasil). A preliminary report. J. Amer. med. Ass. 159 (1955).
- 6 - AVOL M. et VOGEL P. - Délirium tremens et réserpine.
Instantanés Médicaux, 1956, 2, 70.
- 7 - BACHET M. : Formes cliniques des délires alcooliques.
Ann. Méd. Psychol. 1956 T. I, n° 2, p. 257.
- 8 - BAILLIS Pierre : Traitement du délirium tremens par le méprobamate injectable associé avec les médications classiques.
Thèse Paris 1960.
- 9 - BARDENAT Ch., SUTTER J.M., ESCOUTE B. : "Efficacité remarquable du méprobamate intraveineux dans le traitement du délirium tremens".
Annales Médico-Psychologiques, Mai 1961, n° 5, p. 951
- 10 - BARROIS Cl. : Etudes bioélectriques et pathologie mentale.
Mode d'approche par l'excitabilité neuromusculaire.
Thèse, Nancy 1958.
- 11 - BEAUREGARD G. et THUILLIER Y. : Extrait de foie lyophilisé.
Gaz. Méd. de France, 10 Juillet 1958, n° 13.

- 12 - BELFIS, PERIVIER et CHARPENTIER(Mme) : Le Viadril et ses indications en psychiatrie.
Ouest Méd. 13ème année, n° 7, Avril 1960
- 13 - BENKHOUCHA M. : "Contribution à l'étude d'un traitement biologique de l'alcoolisme neuro-psychique".
Thèse Paris 1960.
- 14 - BENOISTON J.E., MOUZET C. et DORENLOT G. : L'extrait de foie lyophilisé et la synergie "foie lyophilisé-STCZ" dans le traitement de l'alcoolisme neuropsychique.
Ann. Méd. Psychi. Mai 1960, n° 5.
- 15 - BENON R. : Le délirium tremens.
In "l'Alcoolisme Cérébral", 1 vol. Doin édit. Paris 1924 pp. 71-74.
- 16 - BENSOUSSAN P., BLANC C., et JEANGIRARD C. : Notes sur l'utilisation des émulsions de phosphoaminolipides dans les cures de désintoxication alcoolique.
Ann. Méd. Psychol. 1113 T.I, 1955, pp. 88-91.
- 17 - BENSOUSSAN P. : Notes sur l'alcoolisme et la lutte anti-alcoolique aux U.S.A.
La Semaine des Hôp. Thérapeutique n° 5, 1956.
- 18 - BENSOUSSAN P. : Syndromes de sevrage et états de besoin observés au cours de l'alcoolisme chronique.
Sem. des Hôp. n° 60, 14 Octobre 1956, 3078-3089.
- 19 - BENSOUSSAN P. : Les troubles de la période de sevrage et leurs traitements médicamenteux.
La revue de l'Alcoolisme 1959, IV, 11-12, 416-431.
- 20 - BENSOUSSAN P. : Les nouveaux médicaments employés dans le traitement des troubles psychiques majeurs et mineurs de l'alcoolisme aigu ou chronique (à l'exclusion des cures de dégoût ou d'interdiction).
La revue de l'Alcoolisme, 1959, XI-XII, 385-394.
- 21 - BERMAN L.H. : The treatment of delirium tremens.
Quaterly Journal of studies on alcool 1956 XVII 1, p. 153
- 22 - BERNER P. et SOLMS W. : Wiener Zitschuft für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete
Springer, Vienne, 1953, 6, fasc. 4.
- 23 - BERTAGNA L. : La Psychologie des alcooliques
La Revue du Praticien, Tome III, n° 32, 11 Décembre 1953 pp. 2377-2380.
- 24 - BLANC M., LOISEAU P., MOUTON L. et JULIEN J. : Evolution thérapeutique du délirium tremens
J. Médic. Bordeaux 1959, 136, n° 5, 593-597.

- 25 - BOUDIN G., LAURAS A., LANIECE M. et KREBS H. : Syndrome biologique du délirium tremens
La presse Médic. N° 40, 17 Sept. 1960, 1469-1472
La Presse Médic. n° 41, 24 Sept. 1960, 1503-1506
- 26 - BOUDIN G., LAURAS A., LANIECE M. et KREBS H. : Note préliminaire sur les aspects actuels du délirium tremens d'après l'étude systématique de 106 observations.
Soc. Médic. des Hôp. de Paris. Séance du 23.3.58.
- 27 - BOUDIN G. et LAURAS A. : Le délirium tremens.
Flammarion Ed. Paris, 1 vol. 1960.
- 28 - BOUQUEREL J., NAVIAU Mme, LAVOINE Melle.: "Effets du méprobamate chez les psychopathes séniles"
Annales Médico-Psychologiques T.2, n° 1, Juin 58, p. 121
- 29 - BRETON J., DEFER B. et CISSE I. : Le traitement des psychoses alcooliques aiguës (bilan de 466 accès).
Société Médico-Psychologique. Séance du 24 Mars 1958.
- 30 - BRUEL L. : L'éthylothérapie intraveineuse chez les alcooliques.
Le Progrès Médical, 22 Juillet 1939, n° 29, p. 1053
- 31 - BRUEL L. et LECOQ R. : Quelques recherches sur l'alcoolisme chronique.
La Presse Médic. 1941, n° 35, 36, pp. 430-431.
- 32 - BRUSA G. et DE MARTIS D. : Contributo clinico-statistico allo studio del delirium tremens.
Riv. Sper. Freniat, 1959, 83, n° 1, 44-85.
- 33 - BUSCAINO V.M. : Fondements neurologiques des phénomènes de conscience.
Premier Congrès International des Sciences Neurologiques
Dir. P. van Gehuchten. Deuxième journée commune, Dir.
Sir G. Jefferson. Bruxelles 1957, p. 219.
- 34 - CACHERA R. : Le coma hépatique, sa physiopathologie, son traitement par l'acide glutamique.
Sem. Hôp. Paris 31, 1540 (1955).
- 35 - CACHIN M., PERGOLA F., POTER F. et DEBESSE B. : Delirium tremens traité par la réserpine.
Soc. Médic. Hôp. Paris. Séance du 15 Juin 1956.
- 36 - CACHIN M. et PERGOLA F. : Le traitement du délirium tremens par la réserpine.
La Semaine des Hôpitaux 1957, n° 7, p. 621 (Thérapeutique)

- 37 - CACHIN M. et PERGOLA F. : La réserpine dans le traitement du délirium tremens.
Sem. Hôp. Paris 35, 1, 8 (1959).
- 38 - CANTONI R. et BURNER M. : D'une méthode de traitement du délirium tremens.
Schweiz. Med. Wchschr 1959 n° 42, 1111-1113.
- 39 - CARRIERE J. : Le psychochoc cinématographique. Principes et techniques. Application au traitement des malades convalescents de delirium tremens.
Ann. Méd. Psychol. 1954, 112, 2, pp. 240-244.
- 40 - CHALNOT P., MICHON P., SOMMELET J., LARCAN A. et PICARD JM.
Essai de classification des délires post opératoires.
Synthèse physiopathologique et thérapeutique.
Sem. Hôp. Paris 35, 1, 8 (1959).
- 41 - CHARLIN A. : Traitement de l'alcoolisme chronique.
Rapport du LII^e Congrès des Médecins Aliénistes de France et des Pays de langue française. Liège 1954.
1 vol. Masson éd. Paris.
- 42 - CHARRIOT G., CHAPOT G., LAMBERT P.A. : "Utilisation du méprobamate injectable chez 45 malades hospitalisés en milieu psychiatrique".
Lyon Médical, n° 51, 18-Décembre 1960, p. 1325.
- 43 - COCHEME P. : Le délirium tremens mortel
Revue Neurol. 1956, 94, n° 5 pp. 657-660.
- 44 - COIRAULT R., HAINAUT J., WEBER B., MISSENARD J., JOLIVET B. et LABORIT H. : Le délirium tremens. Etude clinique, biologique et bioélectrique. Thérapeutique neuroleptique. Justification d'un traitement par un stéroïde anesthésique : le succinate de 21 - hydroxyprégnandione. Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique Paris 20-22 Octobre 1955.
- 45 - COIRAULT R., LABORIT H., WEBER B. et HAINAUT J. : Considérations biologiques et thérapeutiques concernant le delirium tremens. Intérêt des médicaments neuroleptiques et de la cortisone. Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique Paris 20-22 Octobre 1955.
- 46 - COIRAULT R., HAINAUT J., WEBER B., MISSENARD J., JOLIVET B. et LABORIT H. : Délirium tremens. Etude thérapeutique. Considérations biologiques et bioélectriques.
La Presse Méd. 63, n° 72, 2 Novembre 1955, pp. 1474-1477.

- 47 - COIRAULT R., LABORIT H. et DAMASIO R. : Utilisation d'un nouveau dérivé des corticostéroïdes : le succinate de 21 Hydroxyprégnandione (Viadril).
Ann. Méd. Psych. Tome 2, n° 5, . Déc. 1955, pp. 860-866.
- 48 - COIRAULT R. et LABORIT H. : Le délirium tremens.
1 vol. Masson Ed. Paris, 1956.
- 49 - COIRAULT R., LABORIT H. et DAMASIO R. : Le succinate sodique de 21 - hydroxypregnandione. Etudes biologique, bioélectrique, électroencéphalographique et thérapeutique.
Application au délirium tremens.
La revue médicale française, mars 1956.
- 50 - COIRAULT R. : Psychopathologie de la douleur.
Journées Médicales de France. Rapports 1957, p. 495
Ed. de Médecine Pratique, Colombes (Seine).
- 51 - COIRAULT R. : Comment traiter le délirium tremens.
Presse Médicale 1957, 65, n° 34, pp. 811-813.
- 52 - COIRAULT R. : Episodes confuso-oniriques et ses syndromes de type Korsakow, traduction d'un épuisement métabolique.
Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France
Lyon, septembre 1957. Rapport du Congrès. Masson, Paris 58
- 53 - COIRAULT R., DAMASIO R., DAVIDOU P. et BERNARD M. : Un dérivé du noyau thiazolique de la vitamine B₁. Nouvelle substance à action hypnogène en thérapeutique psychiatrique (S.C.T.Z.)
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et Pays de langue française. Lyon 9 Septembre 1957, Masson, Paris 1958.
- 54 - COIRAULT R. : Les états confusionnels et confuso-oniriques.
Journées d'Agressologie, Val-de-Grâce 8-12 Mai 1958.
Ed. S.P.E.I., 5, rue Rossini, Paris
- 55 - COIRAULT R. : Le délire aigu.
Vie Médicale 40, 445 (1959)
- 56 - COIRAULT R. : Les délires aigus. Journées de réanimation.
Méd. Chir. Nancy 25 Avril 1959.
- 57 - COIRAULT R. : Les déséquilibres ioniques et métaboliques des épisodes confuso-oniriques aigus alcooliques. Conséquences thérapeutiques.
Bulletin de l'Académie suisse des Sciences Médicales
Vol. 16 (1960) Fasc. 1/2, pp. 102-127/

- 58 - COLLOQUE DU GROUPEMENT MEDICAL D'ETUDES ANTIALCOOLIQUES
Le traitement du délirium tremens
Comptes rendus in
La Revue de l'Alcoolisme 1954, 3, n° 7
La Revue du Praticien 1954, T 4, n° 16 pp. 1503-1504.
- 59 - CONFRONTATION THERAPEUTIQUE DE L'HOPITAL NECKER
Comment traiter le delirium tremens
La Presse Médic. 65, 1955, p. 811.
- 60 - COREAU P. : A propos des perturbations du point cryoscopique
dans les état alcooliques aigus.
Thèse Médecine Lyon 1954, Bosc éd.
- 61 - COSSA P., BOUGEANT H. et POSTEL J. : De quelques indications
et de quelques incidents d'utilisation de la chlorpro-
mazine.
- 62 - COURT P. : Contribution à l'étude étiologique, clinique et
thérapeutique du délirium tremens chez la femme.
Thèse Bordeaux 1961, n° 85.
- 63 - CIRILLI M. : Le traitement du delirium tremens par l'hydro-
xydione sodique.
Revue de l'Alcoolisme, n° 11-12, Juill. Décemb. 1958.
- 64 - DAUSSY, HERVO (Melle) : Note préliminaire sur un traitement
rapidement efficace du delirium tremens.
Ann. Méd. Psych. III, T 2, n° 2, pp. 237-241
- 65 - DEBRAY Ch. et HOUSSET P. : L'estomac des alcooliques.
La Revue du Praticien T III, n° 32, 11 Déc. 1953
pp. 2393-2400.
- 66 - DELAY J., DENIKER P. et ROBERT R. : Quatre années d'expé-
rience de la chlorpromazine dans le traitement de
psychoses.
Presse Méd. 64, 493 (1956)
- 67 - DELAY J., THUILLIER J. et VOLMAT R. : Métabolisme cérébral
et vitamines du complexe B
Sem. Hôp. Paris 30-24 1488 (1954)
- 68 - DELMAS-MARSALET P. : Les délires aigus alcooliques.
La Revue du Praticien, Tome III, n° 32 Déc. 1953
pp. 2409-2418.
- 69 - DELMAS-MARSALET P., BLANC M., LOISEAU P., DES TERMES H.,
STAEFFEN J., MALLEVILLE J. et MOUTON L. : Le succinate
sodique du 21 hydroxyprégnandione, nouveau traitement
du délirium tremens.
Journ. Méd. Bordeaux et Sud-Ouest Avril 1956, 356-362.

- 70 - DELMAS-MARSALET P. et Coll. : Communication à la réunion neurologique int. de la Salpêtrière, 5-6 Juin 1956
- 71 - DELMAS-MARSALET P., BLANC M., LOISEAU P. et DES TERMES H. Quelques résultats obtenus avec le Viadril dans le traitement du delirium tremens.
Revue Neurol. 1956, 94, n° 5 654-657.
- 72 - DE MORSIER G. et FELDMANN H. : Le traitement des délires alcooliques aigus par le Curethyl (étude 50 cas).
Ann. Méd. Psychol. 1953, 2ème Année T. I, n° 1, p. 112.
- 73 - DESLANDES et VAN-VIET-HAI : Le traitement des délires alcooliques aigus et subaigus par l'Equanil I.M.
Ouest Médical, n° 7 10-4, 1961, p. 326.
- 74 - DUBOIS et ROGE : Contribution à l'expérimentation clinique du méprobamate sous sa forme injectable.
Revue internationale des services de santé, n° 11, Novembre 1959, p. 629.
- 75 - DUCHENE H. : Les possibilités actuelles du traitement de l'alcoolisme.
Cahiers Laennec, Septembre 1951, n° 3, p. 2-60.
- 76 - DUCHENE H. et PERRIN P. : Colloque sur le delirium tremens organisé par le groupement médical d'études antialcooliques.
Comptes rendus in Journ. de Médecine de Lyon 35 n° 838 5 Décembre 1954 pp. 955-956. Supplément à la Presse Médicale 1954, 69, p. 1.
- 77 - DUCOUBRAY J. et NOYER J. : Le traitement des syndromes alcooliques aigus par le Viadril.
Ann. Méd. Psychol. 1958, 116/II, n° 3, 496-504.
- 78 - DU PASQUIER P. : Traitement du délirium tremens
Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 129° année n° 10 Octobre 1952 pp. 1004-1005.
- 79 - ENKIN M. : Etude anatomo-clinique des encéphalopathies carentielles d'origine éthylique.
Thèse Lyon 1957, 297, p. 579 références.
- 80 - ESCOUTE R. : Traitement neuroleptique et métabolisme du potassium. Correction des effets secondaires
Thèse Alger 1958.
- 81 - FIEHRER A. : L'hépatothérapie moderne.
Concours Méd. n° 27, 5 Juillet 1958.
- 82 - FIGURELLI F. : Delirium tremens
J. Amer. Ass. 1958, 166, n° 8, 747.

- 83 - FOLLIN S. et SOUBRIER P. : Récidives de l'onirisme sous l'action de la chlorpromazine.
Ann. Méd. Psychol. Juillet 1954, T. 2, n° 2, pp.218-222
- 84 - FOUQUET P. et CLAVREUIL J. : Une thérapeutique de l'alcoolisme.
Presses Universitaires de France 1 vol. 1956.
- 85 - FOUQUET P. : Alcoolisme et psychiatrie
L'évolution Psychiatr. 1959, Fasc. II Avril-Juin 217-246
- 86 - FOURMY L., GAYRAL L., TURPIN J. et GARRIE J. : Emploi du succinate de 5-hydroxypregnandione (Viadril) pour le traitement du délirium tremens et des encéphalites aiguës psychosiques.
Société de Médecine chirurgie et pharmacie de Toulouse, 13 Mai 1957.
- 87 - FOURMY et SEGAL J. : Traitement du delirium tremens par le S.C.T.Z.
Ann. Méd. Psychol. 1959, 117, I, n° 3, 575.
- 88 - FOURS J. : Le penthiobarbital par voie intra-musculaire dans la prévention et le traitement du délirium tremens
Anesth. et Analg. 1958, 15, 577-592.
- 89 - FREOUR P., SERISE M. et COUDRAY P. : Les causes psychologiques de l'alcoolisme.
La Santé de l'Homme, 1959, Mai-Juin n° 110, 72-73.
- 90 - FRIEDHOEF A. et ZITRIN A. : A comparison of the effect of paraldehyd and chlorpromazine in delirium tremens.
New-York J. Med. 1959 n° 6, 1060-1063.
- 91 - HAMEL J., THIEBAUX L. et VERNET M. : Traitement du delirium tremens par l'amphétamine dextrogyre.
Ann. Med. Psychol. 1953 T. I n° 4, pp. 99-100.
- 92 - HELD R. : Note sur la psychopathologie de l'alcoolique et l'action des tranquillisants.
La Revue de l'Alcoolisme, 1959, IV, 11-12, 411-415.
- 93 - HUBER G. : On the pathological anatomy of delirium tremens
Quaterly Journ. of studies on alcohol 1956, XVIII, 1, p. 149.
- 94 - HUGUENARD P. et LABORIT H. : Note préliminaire sur un stéroïde narcotique : le succinate sodique de 21 hydroxypregnandione.
Anesthésie et Analgésie, T. XIII, n° 1, Janvier-Février 1956, p. 163-184.

- 95 - LABORIT H. : Réactions organiques à l'agression et au choc.
Un volume, 2ème édition, Masson et Cie éd. Paris 1954
- 96 - LABORIT H., COIRAULT R., DAMASIO R., HAINAULT J. et WEBER B.
Première utilisation d'un stéroïde narcotique dans
le traitement du delirium tremens.
Presse Méd. 63, n° 78, 23 Novembre 1955, p. 1618
- 97 - LABORIT H., HUGUENARD P., DOUZON C., WEBER B. et GUITTARD R.
Etude physiologique et clinique d'un stéroïde anesthési-
que : le succinate sodique de 21 - hydroxypregnandione.
Presse Médicale n° 84, 14 Décembre 1955, pp. 1725-1727.
- 98 - LABORIT H., HUGUENARD P., DOUZON C., WEBER B. et GUITTARD R.
Etude physiologique et clinique d'un stéroïde anesthé-
sique : le succinate sodique de 21-hydroxyprégnandione.
Arch. in Pharmacodynamie 1956, CVII, n° 2, pp; 159-177.
- 99 - LABORIT H. et HUGUENARD P. : Echanges ioniques. Tonus
vasculaire. Métabolisme cellulaire.
Presse Méd. 64, 605, 1956.
- 100 - LABORIT H., COIRAULT R., DAMASIO R., GAUJARD R., LABORIT G.
et FABRISY P. : Sur un type nouveau d'anesthésie chirur-
gicale et sur l'emploi en thérapeutique d'un dépresseur
du cortex cérébral (S.C.T.Z.)
Anesthésie et Analg. Réanimation Mars-Avril 1957.
Presse Méd. 65, 1051, 1957.
- 101 - LABORIT H. et COIRAULT R. : Le S.C.T.Z.
Entretiens de Bichat - Thérapeutique. Octobre 1957
- 102 - LABORIT H. : Le métabolisme de l'ammoniaque
Presse Méd. 66, 2125, 1958.
- 103 - LACASSIN-ALACASSI : Traitement et prévention des accidents
alcooliques aigus par l'association méprobamate-R 1625.
Gaz. Hôp. n° 27, 30 Septembre 1962, pp. 1081-1087.
- 104 - LAMOTTE M. et LAMOTTE-BARILLON S. : Les manifestations
hépatiques de l'alcoolisme
Revue du Praticien, T. III, n° 32, 11 Décembre 1953
pp. 2381-2391.
- 105 - LECOQ R. : Médications nouvelles utilisées dans la lutte
contre l'alcoolisme.
Produits pharmaceutiques Vol. 8, n° 9, Septembre 1953.
- 106 - LECOQ R. : Rôle favorable de l'injection intra-veineuse
des toxiques dans le traitement des toxicomanies.
Gazette des Hôpitaux, 31 Mars 1954, T. 126, n° 9,
pp. 237-252.

- 107 - LECOQ R. : Bases traditionnelles d'une méthode de traitement du délirium tremens.
Colloque sur le traitement du delirium tremens Paris
8 Mai 1954.
La Revue de l'Alcoolisme T. III, n° 7, Juillet-Sept 54.
- 108 - LECOQ R. : Etude pathogénique et thérapeutique des crises de delirium tremens et des polynévrites observées chez les alcooliques chroniques.
Ann. Méd. Psychol. 1954, T. 2, p. 258.
- 109 - LECOQ R. : L'albuminurie et la glycosurie des alcooliques chroniques.
Thérapie 1955, 10, n° 3, p. 464.
- 110 - LECOQ R. : Les manifestations humorales de l'alcoolisme chronique
Bull. Acad. Nat. Médecine n° 29 et 30, 1955, p. 488.
- 111 - LECOQ R. et FOUQUET P. : A propos de l'alcoolisme féminin. Observations et commentaires.
Gazette des Hôpitaux, 127ème année, n° 13, 10 Mai 1955
pp. 477-483.
- 112 - LECOMTE G. et GEREST : Le traitement du delirium tremens à la lumière de travaux récents.
Revue Lyonnaise de Médecine 1953 T II, n° 11, p.423-428
- 113 - LEREBoullet J. : La désintoxication alcoolique.
Revue du Praticien 1953, III, n° 32 pp. 2421-2426.
- 114 - LEREBoullet J., VIDART L. et GASTEAU E. : La cure de désintoxication, ses méthodes, ses résultats.
Bull. Acad. Nat. Médecine 1953, n° 24, p.352-359.
- 115 - LEREBoullet J., PLUVINAGE R. et BONIS A. : Les atrophies cérébrales.
Revue du Praticien, 1954, IV, n° 9, p. 787-799.
- 116 - LEREBoullet J., VIDART L., DELARUE R. et GASTEAU E. : La cure de désintoxication alcoolique chez l'épileptique.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 68, n° 24-25, 1955, pp. 909-912.
- 117 - LEREBoullet J. et PLUVINAGE R. : Traitement des comas alcooliques.
Revue du Praticien 1956, VI, n° 7, p. 735.
- 118 - LEREBoullet J. et PLUVINAGE R. : L'atrophie cérébrale des alcooliques. Ses conséquences médico-sociales.
Acad. Nat. Médecine. Séance du 3 Juillet 1956.

- 119 - LEREBoullet J., PLUVINAGE R., VIDART L. et AMSTUTZ Cl. :
Thérapeutique des encéphalopathies alcooliques.
Revue Neurologique 1956, 94, n° 5, pp; 556-584.
- 120 - LEREBoullet J., PLUVINAGE R., VIDART L., BENOIT P. et
ANTEBI L. : Le traitement du delirium tremens par la
réserpine. Expérience portant sur 100 cas.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1956, 73, n° 18,19,
pp. 529-537.
- 121 - LEREBoullet J., PLUVINAGE R., VIDART L., BENOIT P. et
KAPANDJI I. : Le traitement du delirium tremens par la
réserpine.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1957, 73, n° 19-20
pp. 604-607.
- 122 - LEREBoullet J. et BENOIT P. : Le traitement du delirium
tremens par la réserpine.
Revue du Praticien 21 Mai 1957, VII, n° 15, p. 1667-1670
- 123 - LEREBoullet J. et PLUVINAGE R. : Le traitement du delirium
tremens et des délires alcooliques aigus.
Journées Thérapeutiques de Paris, 1958, 149-158, G. Doin
et Cie.
- 124 - LEREBoullet J., PLUVINAGE R., AMSTUTZ Cl., et DI MARIA R. :
L'action sédatrice sur le delirium tremens d'un composé
thiazolique dérivant de la thiamine.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1958, 74, n° 28-29,
pp. 693-696.
- 125 - LEREBoullet J., BENDA Ph., PLUVINAGE R., AMSTUTZ C. et
POISSON M. : Le traitement des délires alcooliques aigus
et subaigus par le méprobamate injectable.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1958, 74, n° 28-29,
696-699.
- 126 - LEREBoullet J., BENDA P., POISSON M. : Traitement efficace
des délires alcooliques aigus : le méprobamate injecta-
ble.
Presse Médicale n° 13, 12-3, 1960, p. 473.
- 127 - MACAUD : Le traitement de l'alcoolisme par le Maxiton.
Gazette Méd. de France Janvier 1949, 56, n° 1, p. 31.
- 128 - MAESTRACCI P. et COSSA P. : Le traitement du delirium
tremens par l'hydroxydione ou Viadril.
Marseille Méd. 1959, III, 143-155.
- 129 - MAGNAN : De l'alcoolisme, des diverses formes du délire
alcoolique et de leur traitement.
1 vol. A. Delahaye Ed. Paris, 1874.

- 130 - MARTIMOR E. et Coll. : Incidence de la chirurgie gastrique sur les psychoses alcooliques.
Ann. Méd. Psychol. Novembre 1955, pp. 669-673.
- 131 - MENZI W. : Investigations on the pathogenesis of delirium tremens.
Excepta Medica 1956, IX, 1, p. 88 (421)
- 132 - MEYER H.H. : Zur Klinik Pathophysiologie und Therapie des Delirium tremens.
Schweiz. Med. Wschr. 82, 637-638, 1952.
- 133 - MEYER H.H., SCHMITT W. et KIESER Y. : Delirium tremens.
Quarterly Journal of studies on alcohol 1956, XIII, 3, p. 525.
- 134 - MICHAUX L. et BUGÉ A. : Etude clinique des délires aigus.
Les Echos de la Médecine, Juillet 1956, n° 13.
- 135 - MIRAILLE G.H. et RIVES O. : Vingt cas de delirium tremens en traumatologie traités par les médications neuroleptiques.
La Revue de l'Alcoolisme, 1954, II, n° 8, pp. 182-187.
- 136 - MOLINIER A. et FRUCHTER J. : Rôle du potassium dans certaines manifestations d'un syndrome carentiel. Dédutions appliquées au traitement du delirium tremens.
Bull. Soc. Méd. Paris 73, 663, 1957.
- 137 - MONNEROT E. et GUTTON P. : L'épargne nerveuse considérée comme un élément de la thérapeutique du delirium tremens.
Ann. Méd. Psychol. Novembre 1959, Tome II, 104, 601-634.
- 138 - MORICE A. et MOREL C. : A propos d'une apparente diminution des délires alcooliques.
Bull. Ac. Nat. Méd. 1958, 142, n° 15-16, 461-464.
- 139 - MORIN J.Y. : La chlorpromazine et le mébubarbital dans le traitement du délire aigu ou subaigu alcoolique.
Thèse Médecine Paris 1955.
- 140 - NEUER H. : Serpasil in the treatment of alcohol psychosis.
Quarterly Journal of studies on alcohol, 1956, XVII, 1 p. 153.
- 141 - NEVEU P. : Indications de l'électrochoc et de l'hibernation dans les psychoses aiguës des alcooliques.
Ann. Méd. Psychol. Novembre 1954, T II, pp. 557-559.
- 142 - NEVEU P., DEROUET E. et L'HERMIT (Mme) : Délire alcoolique aigu à début convulsif traité par hibernation. Contrôle électroencéphalographique.
Ann. Méd. Psych. 1954, II, n° 5, pp. 732-737.

- 143 - NEVEU P. et L'HERMIT Mme : Le traitement du delirium tremens par l'électrochoc.
Ann. Méd. Psychol. 1955, II, n° 4, pp. 661-665.
- 144 - NOEUVEGLISE : Examen somatique de l'alcoolique chronique
Comité National de Défense contre l'alcoolisme : dépistage et prévention de l'alcoolisme chronique. p. 5-10.
- 145 - OWENS Fr. J., BROWN ch. H., BRITTON R.C. et FAULKNER N.R. :
Episodic hepatic encephalopathy. A problem of all specialities.
Cleveland Clin. Quart. 1/2, 1959.
- 146 - PERGOLA F., CACHIN M., LEVILLAIN R. et JOUBAUD F. :
Delirium tremens et atteintes hépatiques
Sem. Hôp. Paris 1956, 13, p. 744.
- 147 - PERGOLA F. et CACHIN M. : La place de l'atteinte hépatique dans les complications nerveuses de l'alcoolisme
Sem. Hôp. Paris, 33, 3161, 1957.
- 148 - PERRIN P. : Le groupement médical d'études antialcooliques et la Revue de l'alcoolisme.
Le Concours Médical 1953, 75ème année, n° 48, p. 4126.
- 149 - PESTEL M. : Le delirium tremens en milieu hospitalier.
L'Hôpital, 1956, n° 667, pp. 340-345.
- 150 - PETIOT M. : Traitement du delirium tremens par le Viadril.
Thèse, Nancy, 1958.
- 151 - PIATTI E. et FERAUDY A. de : Contribution à la thérapeutique du delirium tremens.
Praxis, 1958, 47, n° 29, 690-692.
- 152 - PLANCHE P. : Evolution de la thérapeutique des délires aigus alcooliques.
Revue Neurologique 1955, XCII, 2 p. 57.
- 153 - PLUVINAGE R. : Les atrophies cérébrales des alcooliques.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1956, n° 15-16, pp. 524-539.
- 154 - POMMEE J., PLANCHE R. et GIBERT J. : La vitaminothérapie intensive dans le traitement du delirium tremens.
La Presse Méd. 1955, LXIII, 58, p. 1184.
- 155 - POMMEE J., PLANCHE R. et GIBERT J. : La chlorpromazine dans le traitement des délires aigus alcooliques.
Colloque International sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique.
Paris 20-22 Octobre 1955.

- 156 - POMMEE J., PLANCHE R., GIRARD et PLAGNE : La résépine dans le traitement du delirium tremens.
C.R. 54ème Congrès Alién. Neurol. 1956, 934-943, Masson et Cie.
- 157 - POSTEL J. et COSSA P. : Etat actuel de la thérapeutique du delirium tremens.
Revue Neurol. 1956, 94, n° 5, 660-662.
- 158 - PRUDENT FRANTZ : Contribution à l'étude électroencéphalographique de l'intoxication éthylique chronique.
Mises à jour bibliographiques Chabre. 1956, IV, n° 12 (Tribune libre)
- 159 - PUECH J. et CONSTANS J.P. : Comment traiter un état confusionnel ?
Sem. Hôp. Paris 33, 1340, 1957.
- 160 - PULLAR-STRECKER H. : Rapid termination of delirium tremens
La Revue de l'Alcoolisme 1954, II, 8, p. 177-178.
- 161 - QUINQUANDON J. : Traitement du delirium tremens par les doses massives de vitamines de la série B.
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurol. de France et des Pays de langue française XLVII, session 1949, p. 397, Masson, ed.
- 162 - RACOUCHOT : Un petit stigmate alcoolique : le gros oeil des buveurs.
Am. Méd. Psychol. 1956, 1-2, p. 298.
- 163 - RAVINA A., PESTEL M. et ALBOUY R. : Alcoolisme aigu et delirium tremens en milieu hospitalier parisien.
Considérations cliniques et thérapeutiques à propos de 40 cas récents.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris. 71ème année, 1955, n° 19-20, pp. 699-703.
- 164 - REGIS E. : Psychose alcoolique aigüe.
Précis de Psychiatrie, 1 vol. (6ème édition). O. Doin éd. Paris 1923, pp. 590-598.
- 165 - REQUET H. et PERRIN P. : La fin de l'alcool
La Revue de l'Alcoolisme 1955, III, 10, p. 233-239
- 166 - RISER M., LABOUCARIE J., RASCOL A. et BENICHO L. :
L'hibernation dans le traitement du delirium tremens.
La Revue de l'Alcoolisme 1954, II, 8, pp. 179-182.
- 167 - RISER M., GERAUD J., LABOUCARIE J., RASCOL A., CLAUSSE S., et GARRIGUES M. : Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les deliriums tremens.
Revue Neurol. 1956, 94, 662-667.

- 168 - RISER M., LABOUCARIE J., KARKOUS E., DELPLA M. : Une étape décisive dans le traitement du delirium tremens : la substitution du Méprobamate injectable aux phénothiazines. Sud Méd. et Chirurg. n° 2468, 31 Mai 1961, p. 9276.
- 169 - RISER M., LABOUCARIE J., KARKOUS E., JORDA P. : Bases actuelles de traitement du delirium tremens. Vie Médicale 42, Décembre 1961.
- 170 - ROGE et DUBOIS : Contribution à l'expérimentation clinique du Méprobamate sous sa forme injectable. Revue Internationale des Services de Santé des Armées, Novembre 1959, n° II, 629.
- 171 - ROGUES de FURSAC J. : Delirium tremens. Manuel de Psychiatrie 1 vol. (4ème édition) Alcan Ed. Paris 1911, p. 150-157.
- 172 - ROOS P. : Sur le traitement du délire alcoolique aigu. Thèse, Lyon, 1960, 72 pages.
- 173 - ROPERT R. : Les conceptions actuelles du traitement du delirium tremens. Sem. Hôp. Paris 33 (Sem. Méd. p. 814), 1957.
- 174 - ROPERT R. : Les encéphalopathies carentielles des alcooliques. J. Méd. Chir. Prat. 1958, Art. 35.096 (Lucas-Championnière éd.)
- 175 - ROSIER Y., BROUSSOLLE P. : Effets du Méprobamate sur les psychoses et névroses graves. Emploi de la forme injectable. Soc. Méd. Psychol. Décembre 1961.
- 176 - ROUVILLOIS H. et DEROBERT L. Le problème de l'alcoolisme en France. La Revue du Praticien III, n° 32, 11 Décembre 1953 pp. 2369-2376.
- 177 - ROYER, BEIS, Melle VERNEST, BRIGNON : Elimination des 17 céstostéroïdes chez les alcooliques. Ann. Méd. Psychol. 111ème année, T I, n° 1, Juillet 53, p. 87.
- 178 - ROYER P., BOURGHOUD H. et LAPORTE P. : S.C.T.Z., médication des états psychotiques aigus. Société Médico-Psychologique, 23 Décembre 1957, dans : Ann. Méd. Psychol. 116, 102, 1958.

- 179 - ROYER P., COLMART G. et RAYEL L. : Le traitement de l'alcoolisme par l'hémineurine.
La Revue de l'Alcoolisme, 1959, IV, 11-12, 409-411.
- 180 - SCHEID W. et HUHN A. : Traitement et pronostic du délire alcoolique.
Méd. et Hyg. Suisse, n° 425, 30 Mars 1959.
- 181 - Schéma Thérapeutique : Traitement du délire alcoolique.
Gazette des Hôpitaux 1954, n° 32, pp. 792-793.
- 182 - SHERLOCK G. : Altération de la conscience dans le pré-coma et le coma hépatique.
Premier Congrès International des Sciences Neurologiques, Bruxelles 21-28 Juillet 1957. Seconde Journée commune
Acta Med. Belg. 1957.
- 183 - SIGUIER F., GIABICANI A., BETOURNE C. et GOGLIN G. : Le Serpasil dans les délires alcooliques.
Soc. Méd. Hôp. Paris Séance du 15 Juin 1956.
- 184 - SIZARET J., DAVOST H.P. et PROVOST E. :
Ann. Méd. Psychol. 117, 884, 1959.
- 185 - SMITH J.A. : Methods of treatment of delirium tremens.
J.A.M.A. 1953, 152, pp. 384-387.
- 186 - STECK : Lésions du tronc cérébral dans le delirium tremens.
Congrès des Méd. Alién. et Neurol. de France et des Pays de langue française. IIème Session 1953. Masson éd.
Paris p. 353.
- 187 - SUTTON : Tract on delirium tremens.
London 1813 (cité par Triboulet).
- 188 - THIEBAUX M., BOYER R., LEBORGNE E. et ROUSSEAU G. : L'électrochoc dans le delirium tremens et le délire éthylique subaigu.
Réunion psychiatrique. Strasbourg Nancy. 26 Nov. 1955.
- 189 - THUILLEAUX M. : Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique du delirium tremens.
Thèse Paris 1958.
- 190 - THUILLIER Y. : Principes actifs de la glande hépatique.
Intérêt général de l'hépatothérapie.
Praxis, 1er Août 1957, n° 31, 676-681.
- 191 - TONMASI M. : Les encéphalographies des alcooliques.
Thèse, Lyon 1957, 157 pages.

- 192 - TOMMASI M. : Les encéphalopathies des alcooliques. Essai de classification anatomo-pathologique et pathogénique. Quaterly Journal of studies on alcohol, 1959, XX, III, 677-678.
- 193 - TOULOUSE E., COURTOIS A. et RUSSEL (Melle) : Modifications chimiques du sang au coeur du delirium tremens. Ann. Méd. Psychol. 89ème année T. I, n° 1, 1931, pp. 124-130.1931.
- 194 - TOULOUSE E., MARCHAND L. et COURTOIS A. : l'encéphalite psychosique aigüe des alcooliques (delirium tremens) Ann. Méd. Psychol. 91ème année T. I, n° 1, 1933, p.1-31.
- 195 - TRIBOULET H., MIGNOT R. et MATHIEU F. : Délire toxi-alcoolique. Traité de l'alcoolisme, 1 vol. Masson éd. Paris 1905 pp. 319-338 et 356-366.
- 196 - VALLERY-RADOT P. : Un fléau social : l'alcoolisme. La Presse Médicale 1954, 79 (supplément p. 1).
- 197 - VAN VIET HAI : Contribution à l'étude du traitement des alcooliques aigus par le Méprobamate injectable (Equanil) Thèse, Paris 1960.
- 198 - YASSARGIL G. : Contribution à la pathogénie et la thérapeutique du delirium tremens et de l'ivresse pathologique. Ann. Méd. Psychol. 1954, I, n° 2, p. 258.

*

*

*



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-96